

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes
esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que
asisten a un servicio del seguro social de salud - Lima
2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Diana Carolina TUPAC YUPANQUI ESPINOZA

ASESOR

Juana Matilde CUBA SANCHO

Lima - Perú

2017

**NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE
LOS CUIDADORES QUE ASISTEN A UN SERVICIO
DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD –
LIMA 2017**

A Dios por darme la fortaleza de seguir adelante pese a los obstáculos; a mi madre Edith y abuelita Pola, las cuales me cuidan siempre desde el cielo; a mi padre y hermano por apoyarme durante esta etapa de mi vida.

A mi asesora, la Licenciada Juana Cuba Sancho, por ser una docente, que con su actitud comprensiva, incentivo me brindo sus conocimientos, tiempo y tolerancia para culminar mi tesis. Asimismo mi agradecimiento personal a la Licenciada Juana Durand Barreto, ya que con sus apreciaciones contribuyo en la presentación del informe final.

A las autoridades del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen por las facilidades brindadas y al personal profesional de Enfermería del servicio de Psiquiatría por brindarme el campo clínico para realizar mi investigación.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

v

RESUMEN

vi

PRESENTACIÓN

viii

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación	1
1.2. Formulación de objetivos	4
1.2.1 Objetivo general	4
1.2.2 Objetivos específicos	5
1.3. Justificación de la investigación	5
1.4. Limitación del estudio	6

CAPÍTULO II. BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 MARCO TEÓRICO	
2.1.1 Antecedentes del estudio	7
2.1.2 Base Teórica Conceptual	13
2.1.3 Definición operacional de términos	37
2.2 DISEÑO METODOLÓGICO	
2.2.1 Tipo de investigación	38
2.2.2 Población	38
2.2.3 Muestra. Muestreo.	38
2.2.4 Criterios de inclusión	39
2.2.5 Criterios de exclusión	39
2.2.6 Técnica e Instrumento de recolección de datos	39
2.2.7 Proceso de recolección y análisis estadístico de los datos	40
2.2.8 Validez y confiabilidad	41
2.2.9 Consideraciones éticas	42

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSION

3.1. Resultados	43
3.2. Discusión	51

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones	58
4.2. Recomendaciones	60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

62

ANEXOS

iv

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud. Lima - Perú 2017.	45
2	Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socioeconómica por ítems a un servicio de seguro social de salud. Lima - Perú 2017.	46
3	Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socio psicológica por ítems a un servicio del seguro social de salud. Lima – Perú 2017.	47
4	Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión funcionamiento familiar por ítems a un servicio en el seguro social de salud. Lima – Perú 2017.	48
5	Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión estado de salud por ítem a un servicio del seguro social de salud. Lima – Perú 2017.	50

RESUMEN

AUTOR : DIANA CAROLINA TUPAC YUPANQUI ESPINOZA

ASESOR: JUANA MATILDE CUBA SANCHO

Objetivo: Determinar el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud. **Material y Método:** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por cuidadores y la muestra fue obtenida mediante muestreo probabilístico de proporciones para población finita que fueron de 49. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala de repercusión familiar. **Resultados:** Del 100% (49), 56% (27) presentan nivel de repercusión familiar moderada, 22% (11) elevada y 22% (11) leve. En cuanto a la dimensión socioeconómica 68% (33) es moderada, 28% (9) elevado y 14% (7) leve; en la dimensión socio psicológica 62% (30) es moderado, 18% (9) elevado y 20% (10) leve; en la dimensión funcionamiento familiar 62% (30) es moderado, 18% (9) elevado y 20%(10) leve; en la dimensión estado de salud 55%(27) es moderado, 16%(8) es elevado y 29% (14) leve. Los ítems de repercusión moderada 59% (29) expresan que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, 37% (18) las relaciones con los vecinos y otros familiares son incómodas, 51% (25) las relaciones con los miembros de la familia son conflictivas; lo elevado 47% (23) disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro, 22% (11) el tiempo de descanso y reposo disminuyó; lo leve refiere que a 39% (19) la adquisición de bienes materiales es suficiente en el hogar, 53% (26) los miembros de la familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad, 21% (10) se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia. **Conclusiones:** La mayoría presenta un nivel de repercusión moderada a elevada referido a que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, las relaciones con los vecinos y otros familiares son incómodas, las relaciones con los miembros de la familia son conflictivas; seguido de un menor porcentaje donde los miembros de la familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad, y se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia.

PALABRAS CLAVES: Repercusión Familiar. Cuidador. Paciente Esquizofrénico.

SUMMARY

AUTHOR : DIANA CAROLINA TUPAC YUPANQUI ESPINOZA

ADVISOR: JUANA MATILDE CUBA SANCHO

Objective: Determine the level of family repercussion in homes with schizophrenic patients according to the opinion of caregivers attending a social health insurance service. **Material and method:** The study is application level, quantitative type, descriptive and cross-sectional method. The population was made up of caregivers and the sample was obtained by probabilistic sampling of proportions for the finite population, which were 49. The technique was the survey and the instrument a family repercussion scale. **Results:** Of the 100% (49), 56% (27) presented a moderate level of family repercussion, 22% (11) high and 22% (11) mild. As for the socioeconomic dimension 68% (33) is moderate, 28% (9) high and 14% (7) mild; in the socio-psychological dimension 62% (30) is moderate, 18% (9) high and 20% (10) mild; in the family functioning dimension 62% (30) is moderate, 18% (9) high and 20% (10) mild; in the health status dimension 55% (27) is moderate, 16% (8) is high and 29% (14) is mild. The items with moderate repercussions express that 59% (29) their economic resources decreased when their family member became ill, 37% (18) relations with neighbors and other relatives are uncomfortable, 51% (25) relationships with family members are conflicting; the high 47% (23) have in their home a comfortable and safe housing space, 22% (11) the rest and rest time decreased; the light refers to 39% (19) the acquisition of material goods is sufficient in the home, 53% (26) family members are integrated into the normal work or school life, 21% (10) is provided little care and attention to the other members of the family. **Conclusions:** The majority have a moderate to high level of repercussion because their economic resources diminished when their family member became ill, relations with neighbors and other relatives are uncomfortable, relations with family members are conflicting; followed by a lower percentage where family members integrate into work or school life normally, and little care and attention is given to other members of the family.

KEYWORDS: Family Impact. Caregiver. Schizophrenia patient.

PRESENTACIÓN

En los últimos años, se ha incrementado la incidencia de enfermedades que afectan la salud mental, sin distinción de edad y sexo, trayendo consigo serias modificaciones en su vida diaria que afectan no solo trastornos comportamentales y psicoemocionales a quien la padece, sino también en el ámbito familiar, social, laboral, entre otros. Tal es así, que se evidencia o manifiesta a través de los cambios en el estilo de vida, en los hábitos alimenticios, higiene, trastornos en el carácter, tendencia a la irritabilidad, agresividad, alteraciones en la percepción, pensamiento, entre otros.

De modo que una familia para que sea saludable los miembros deben apoyarse mutuamente, tener buena comunicación, pasar el mayor tiempo unido, compartir valores, practicar el amor y reconocimiento, tener metas e intereses comunes, buscar soluciones a problemas, estar dispuestos a realizar sacrificios y brindar confianza.⁽¹⁾

Sin embargo, en la familia de los hogares de pacientes con esquizofrenia, con frecuencia el responsable de su cuidado, denominado CUIDADOR, es sometido a una carga psicoemocional y social; que ocasiona desunión entre los integrantes, falta de colaboración, desconfianza y maltrato.

En este contexto el presente estudio titulado “Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según la opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud Lima

2017”; tuvo como objetivo determinar el nivel de repercusión familiar en hogares de pacientes esquizofrénicos según opinión de cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud. Con el propósito de que a partir de los hallazgos se proporcione información actualizada a las autoridades de la institución que permita a partir de su reflexión diseñar e implementar programas de educación para la salud dirigidas a los pacientes y familiares cuidadores orientado a promover la participación activa en la prevención de complicaciones que puedan prolongar el proceso de recuperación e incrementar los costos de hospitalización, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e integración social.

El estudio consta del Capítulo I: El problema, el cual presenta el planteamiento del problema, formulación de objetivos y justificación del estudio; Capítulo II: Bases teóricas y Metodológicas, el cual contiene el Marco teórico y el Diseño metodológico; Capítulo III: Resultados de los datos generales y específicos, continuando con la Discusión de la investigación; Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las Referencias bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la esquizofrenia como: “Trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo; los cuales suelen sufrir de estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. Este trastorno es tratable con la farmacoterapia, el apoyo psicosocial, facilitación de vivienda asistida, la ayuda para la inserción laboral, entre otros; como medidas eficaces de apoyo a las personas que la padecen” ⁽²⁾.

Sin embargo, cuando en una familia, uno de sus integrantes padece de esquizofrenia se altera las relaciones de estructura y funcionamiento familiar, presentando vulnerabilidad a nivel biológico, psicológico y social. Los estudios actuales han demostrado han concluido que la familia sufre a consecuencia del desarrollo de la enfermedad de uno de sus miembros ⁽³⁾.

Según Quintero (2007): “La familia como grupo primario se caracteriza porque sus miembros están unidos por vínculos sanguíneos, jurídicos y por alianzas que establecen sus integrantes lo que conlleva a crear relaciones de dependencia y solidaridad; siendo el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de

necesidades sociales, emocionales, económicas y sexuales, y el primer agente transmisor de normas, valores, símbolos” ⁽⁴⁾. Otro rol importante que asume la familia es el cuidado de la salud de sus miembros.

En la investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM “HD-HN”)”, expone que al menos 1 de cada 7 peruanos (3´ 950, 907 personas) tendría algún tipo de discapacidad por trastorno mental que dificultaría su desempeño personal, familiar, académico, laboral y/o social. Dentro de ellas; la esquizofrenia se encuentra dentro de los TMG (trastornos mentales graves) y representa el 0.5% de la población a nivel nacional, por lo que al tener poco acceso a la inclusión social y reinserción laboral, es estigmatizada. Toda vez que se dispone de escasos servicios de rehabilitación para personas con trastornos mentales; ya que los existentes están en el Ministerio de Salud (MINSA) presentando tres centros especializados (Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”) y en el Seguro Social de Salud (EsSALUD) cuenta con servicios de hospitalización en los Hospitales Guillermo Almenara Irigoyen y Edgardo Rebagliati Martins ⁽⁵⁾.

Investigaciones publicadas en la Revista de Motivación y Emoción, de la Universidad de Valencia, concluye que “el cuidador informal sigue representando el principal recurso de atención que reciben las personas dependientes, personificado en la mayoría de los casos en las mujeres. El hecho de prestar cuidados de forma prolongada, supone un estresor de

carácter crónico que conlleva serias consecuencias para la salud del cuidador, afectando directamente su calidad de vida”⁽⁶⁾.

En la revista de Psiquiatría y Salud Mental señalan que “las familias han asumido un <<cuidado informal>> de los pacientes esquizofrénicos con el alto nivel de sobrecarga que esto implica. Con esta responsabilidad añadida, ha habido cada vez una mayor conciencia en relación a las dificultades que los familiares experimentan manejando y ajustándose a un complejo trastorno mental en casa”⁽⁷⁾.

Según los resultados de la investigación realizada en el Hospital Almanzor Aguinada Asenjo, 2012, concluye que “los sentimientos expresados en los familiares cuidadores son negativos como la tristeza, impotencia, temor, desesperación, culpa, entre otros”⁽⁸⁾.

En los servicios de Consulta Externa del seguro social (HNGAI), se pudo evidenciar que los cuidadores en su mayoría son mujeres. Al interactuar refieren “no sé qué hacer con mi hija, la tengo atada en mi casa casi todo el día, pero no para de gritar, no quiere tomar su medicina; mis hijas la insultan, le dicen 'loca' y quieren irse de la casa.”; “mi hijo recibe sus medicamentos y está tranquilo; pero cuando no los toma se vuelve agresivo con sus compañeros de colegio, tiene bajas calificaciones y puede repetir el año.”, “a veces tengo que ocuparme de mis hijos y no puedo traerlo a su control”; “mi hijo tiene 35 años y fue diagnosticado a los 27, yo lo he cuidado todo este tiempo; mientras él tome sus medicinas

está tranquilo hasta parece normal, pero cuando no lo hace se pone ansioso y desesperado yo lo tengo que tranquilizar”.

Ante esta situación surgieron algunas interrogantes tales como; ¿Qué áreas afectan la convivencia con un paciente esquizofrénico?, ¿Cómo repercute la convivencia con un paciente esquizofrénico en el hogar?, ¿Cuál es el grado de deterioro de la salud en los integrantes de la familia que conviven con un paciente esquizofrénico?, ¿De qué forma se afecta el funcionamiento familiar?, ¿Es el cuidador del paciente esquizofrénico el más afectado en el hogar?, entre otros.

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre: ¿cuál es el nivel de repercusión familiar en hogares de pacientes esquizofrénicos según opinión de cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud - 2017?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud - 2017.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socioeconómica por ítems a un servicio del seguro social de salud 2017.
- Identificar el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socio psicológica por ítems a un servicio del seguro social de salud 2017.
- Identificar el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión funcionamiento familiar por ítems a un servicio del seguro social de salud 2017.
- Identificar el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión estado de salud por ítem a un servicio del seguro social de salud 2017.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Debido al incremento de la incidencia de la enfermedad mental en las últimas décadas, sin distinción de edad y sexo, ello trae como consecuencia serios cambios comportamentales y trastornos psicoemocionales; que afecta no solo al paciente esquizofrénico sino

también la dinámica familiar. Por lo que el profesional de enfermería que labora en el servicio de psiquiatría es un personal especializado en salud mental, que cumple un rol importante en la atención integral al paciente, identificando los estresores psicosociales, tensiones y conflictos que afectan la salud mental y derivan en comportamientos poco saludables en el ámbito familiar. A fin de que a partir de ello le permita diseñar e implementar programas de educación para la salud dirigida a los pacientes y familiares/cuidadores tendentes a promover la participación activa, consciente y responsable en el autocuidado del paciente esquizofrénico en el hogar; así como en el cuidador y disminuir el riesgo a complicaciones, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e integración social, así como la adopción de estilos de vida saludables.

1.4. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO:

Los resultados de este trabajo de investigación solo pueden ser generalizados a la población de estudio.

CAPÍTULO II

BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A Nivel Internacional

Ribé Buitrón José Miguel, el 2014, en Barcelona, realizó una investigación titulado: “El cuidador principal del paciente con esquizofrenia”, el que tuvo por objetivo analizar la relación entre la calidad de vida y la “carga del cuidador” primario de familiares con esquizofrenia del Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu de la Fundación Vidal i Barraquer (FViB). El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población fue de 182 pacientes y la muestra de 100 personas. Se empleó la técnica de la entrevista y se utilizó como instrumentos un “cuestionario socio demográfico” de elaboración propia, la escala para la evaluación de la calidad de vida (WHOQOL-100), la escala de sobrecarga del cuidador Zarit, Cuestionario de la Red Social (SNQ) y APGAR familiar. Las conclusiones entre otras fueron que:

“Las relaciones encontradas entre la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador confirman la hipótesis principal planteada en la que una elevada 'carga percibida' por el cuidador se relaciona directamente con puntuaciones más bajas en la calidad de vida”⁽⁹⁾.

Pincay García Evelyn, el 2012, en Ecuador, realizó una investigación sobre; “Caracterización de la dinámica familiar de pacientes con esquizofrenia paranoide internos en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil”, el cual tuvo como objetivo caracterizar la dinámica familiar de pacientes con Esquizofrenia Paranoide. El método fue descriptivo de corte transversal, de tipo cuanti cualitativo. La muestra fueron 10 familiares, se utilizó como técnica el genograma y como instrumento el FF-SIL que evalúa el funcionamiento familiar. Las conclusiones fueron entre otros que:

“La dinámica familiar de los pacientes con esquizofrenia paranoide se caracteriza por presentar, en su mayoría, relaciones muy estrechas o cercanas; además de conflictivas o distantes, que no tienen claridad en la distribución de roles, que se adaptan a los cambios por resignación y suelen perder la armonía familiar debido al comportamiento irritable de los pacientes”⁽¹⁰⁾.

Andueza M, Galán P, Benavides B, Peralta C, el 2012, en España realizaron una investigación titulada: “Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos”. El objetivo fue conocer el nivel de sobrecarga emocional del cuidador principal informal, valorar la ansiedad y depresión, junto con el impacto que genera al cuidador. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 32 cuidadores, la técnica la entrevista y el instrumento la Escala de sobrecarga Zarit. Las conclusiones fueron que:

“La labor de cuidar recae sobre los padres principalmente, quienes manifiestan especialmente temor por el futuro de sus hijos y sienten que éstos depende en gran medida de ellos, lo que les genera una gran sobrecarga”⁽¹¹⁾.

Montero M, Faure A, Fleites N, Rodríguez I, Crespo A, Gonzalez M, Llero N, el 2010, en Cuba, realizaron una investigación sobre; “Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia”; el cual tuvo como objetivo caracterizar a los cuidadores de pacientes con esquizofrenia haciendo énfasis en su necesidad de conocimiento para el cuidado. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal prospectivo. La población fue de 60 cuidadores se seleccionaron 55. La técnica fue la entrevista y el instrumento una encuesta. Las conclusiones entre otras fueron que;

“La mayor cantidad de cuidadores poseen edades entre 60 y más años, dentro los cuales el sexo femenino fue el más representativo, el nivel de escolaridad que más predominó fue el primario, con relación a la ocupación fueron las amas de casa que presentaron mayor porcentaje”⁽¹²⁾.

Herrera Santí, Patricia María; el 2010, en La Habana, realizó una investigación sobre “Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia”; el cual tuvo como objetivo valorar el impacto de acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud familiar. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población fue de 651 familias y se utilizó el instrumento de repercusión familiar (IRFA) desarrollado por la autora. Las conclusiones entre otras fueron que:

“El nivel de repercusión en la salud familiar de los acontecimientos paranormativos tendió a ser elevado mientras que el de los acontecimientos normativos tendió a ser leve. Las áreas de la salud familiar que resultaron más afectadas por el afrontamiento a los acontecimientos estudiados fueron la socioeconómica y la salud individual de los miembros”⁽¹³⁾.

A Nivel Nacional:

Correa Loayza Diccía Eny, el 2014, en Lima, realizó una investigación titulada: “Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud”. El objetivo fue determinar el nivel de sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 33 familiares cuidadores, se utilizó como técnica la entrevista y el instrumento fue la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Las conclusiones entre otras fueron que;

“La sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones, en su mayoría es de nivel leve. La dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador es la más afectada”⁽¹⁴⁾.

Nolasco Villa, Milagros Jennifer; el 2014, en Lima, realizó una investigación titulada: “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el Hogar. HVLH”.. El objetivo fue determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del

paciente esquizofrénico en el hogar. El método fue descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo, y nivel aplicativo. La población estuvo conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras que:

“La mayoría de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado integral en la dimensión psicológica y tratamiento farmacológico”⁽¹⁵⁾.

Castillo Martell Humberto, el 2013, en Lima, realizó una investigación titulada: “Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima”. Los objetivos fueron analizar el impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias. El método fue descriptivo de corte transversal, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario semiestructurado, y la población estuvo conformada por 130 familiares de pacientes que asisten a los consultorios externos del instituto especializado de salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Las conclusiones fueron las siguientes:

“Las familias perciben que su calidad de vida ha sido afectada principalmente por el sacrificio económico, la discriminación, pena y preocupación constante por la salud del paciente. Atribuyen además, a la enfermedad, el truncamiento de proyectos básicos de desarrollo familiar”⁽¹⁶⁾.

León Saavedra Franco Guillermo; el 2012, en Lima, realizó una investigación sobre “Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera”. El objetivo fue determinar los factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia. El método fue descriptivo, de corte transversal. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario de sobrecarga ECFOS II. Las conclusiones fueron:

“La carga familiar del cuidador se asocia con mayor gasto económico en el cuidado del paciente, reingresos en el último año, la intensidad de síntomas propios de la enfermedad y el grado de discapacidad derivado de la misma”⁽¹⁷⁾.

Guardia Canales, Javier Eduardo; el 2010, en Lima, realizó una investigación titulada: “Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia”. El objetivo fue determinar la relación entre la ansiedad y el afrontamiento, y describir su relación con las variables sociodemográficas de los cuidadores y pacientes. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal correlacional, la muestra estuvo conformada por 66 cuidadores. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). Las conclusiones fueron:

“El estado más experimentado por los cuidadores fue la ansiedad, dentro de la cual se reportaron diferencias según el grado de instrucción y la ocupación del cuidador”⁽¹⁸⁾.

2.1.2. BASE TEÓRICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales generan un gran impacto en el desarrollo sostenible de un país, ya que son los adolescentes y adultos jóvenes los más afectados a esta enfermedad, y éstos forman parte de la fuerza laboral y desarrollo económico de la nación.

GENERALIDADES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno crónico y grave que afecta la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Aunque la esquizofrenia es menos común que otros trastornos mentales, puede ser sumamente incapacitante⁽¹⁹⁾; ya que se manifiesta por la presencia de alteraciones sensoriales, emocionales y conductuales; lo cual trae consigo dificultades para realizar sus actividades personales y sociales, considerando su comportamiento con los demás. En general, con mucha frecuencia conservan la claridad de la conciencia, así como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de

sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Es decir, se siente el centro de todo lo que sucede ⁽²⁰⁾.

ETIOLOGÍA

No se conoce con certeza la causa de la esquizofrenia, y tampoco..... hay un solo factor causante. Dentro de ellas tenemos:

- **Factores Genéticos:** El riesgo de padecer esquizofrenia se incrementa en un 50% cuando ambos padres la padecen y en 60% a 84% cuando se trata de gemelos monocigóticos. Se habla entonces de una herencia poligenética. Existen muchos cromosomas con susceptibilidad de desencadenar este trastorno. En la actualidad los genes con mayor relevancia son la Disbindina localizada en el cromosoma 6, la Neuroregulina 1 en el cromosoma 8, el gen DAO ubicado en el cromosoma 12 y el gen G72 en el cromosoma 13.

También múltiples alteraciones en la estructura y función de los lóbulos frontales han sido descritas en pacientes con esquizofrenia. Estudios postmórtem han demostrado alteraciones presinápticas y postsinápticas en la región dorso lateral de la corteza prefrontal de las personas con esquizofrenia. Otros hallazgos neuropatológicos reportados

indican una disminución en el tamaño de las neuronas corticales y una disminución en la densidad de las células gliales en la corteza frontal ⁽²¹⁾.

- **Factores ambientales:** Las personas con esquizofrenia muestran susceptibilidad genética, sin embargo este componente no es suficiente para que exprese la enfermedad. Por tal razón, se han realizado investigaciones en busca de los factores que incrementan el riesgo para padecer el trastorno. Entre los posibles factores externos se incluyen; la exposición materna prenatal a ciertas condiciones infecciosas, tales como el virus de la influenza, la toxoplasmosis, el virus del herpes simple tipo 2, infecciones virales del sistema nervioso central, ya que las bacterianas no parecen asociarse, infecciones por citomegalovirus, desnutrición durante el embarazo, el consumo de tabaco durante el embarazo y otras complicaciones obstétricas. Las complicaciones perinatales y alteraciones intrauterinas pueden potencialmente desordenar la organización neuronal. Basados en el incremento de su incidencia entre hijos de madres esquizofrénicas que tuvieron complicaciones intrauterinas o perinatales, se sustenta que la esquizofrenia puede incluir alteraciones en el neurodesarrollo ⁽²²⁾.

- **Factores psicológicos:** Desde el punto de vista psicoanalítico se ha sugerido que determinados trastornos constitucionales en las funciones nerviosas superiores alteran las funciones yoicas del niño (hipersensibilidad a los aportes sensoriales, aumento de las pulsiones agresivas) que alteran la relación temprana madre/bebé. Se han descrito madres esquizofrenógenas (agresivas, rechazantes, inseguras o

hiperprotectoras), padres inadecuados (pasivos, amenazantes), malas relaciones en la pareja de los padres (cisma marital, divorcio emocional) o comunicación inadecuada (doble vínculo). Sin embargo, estos datos no han podido comprobarse en diseños rigurosos, o bien, cuando se han detectado alteraciones, no han podido determinarse si eran la causa o el efecto de las alteraciones del paciente esquizofrénico.

Diferentes estudios psicológicos han confirmado los trabajos clásicos que postulaban la existencia de alteraciones de la atención, la percepción y la cognición en los esquizofrénicos ⁽²³⁾.

- **Factores familiares y sociales:** Pueden alterar el curso de la enfermedad, pero no hay evidencia de que la originen. Algunos factores asociados a la estructura familiar se han sugerido como de riesgo para la esquizofrenia, tales como la edad de la madre en el momento del embarazo (joven aumenta el riesgo), edad del padre (joven lo disminuye). Al desarrollarse un estudio comparativo de la edad de los padres de pacientes con esquizofrenia y sujetos sanos, se encontró que a mayor edad de los padres al concebir se incrementaba el riesgo de los hijos de padecer esquizofrenia. También varias investigaciones habían señalado factores que influían sobre la incidencia: socioeconómicos (pobreza, densidad de la población y desorganización social) y culturales (migración, cambio cultural e industrialización). Sin embargo, estudios más recientes no han confirmado que el sexo, la raza, la educación o el lugar de residencia desempeñen un papel epidemiológico significativo ⁽²⁴⁾.

EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad compleja con graves repercusiones funcionales en quien la padece. Algunos aspectos como la cultura, el sexo, el ambiente psicosocial y político, la personalidad y la variabilidad genética, modifican su expresión, su curso y desenlaces.

Las personas con esquizofrenia se ven enfrentadas a demandas sociales poco razonables, comorbilidades, aislamiento social, desempleo y dependencia de continuo apoyo financiero con severas dificultades para la vida independiente, lo que se afecta más por la pobreza y la poca adherencia al tratamiento farmacológico de este tipo de personas ⁽²⁵⁾. Por consiguiente, estarían expuestos a un alto nivel de estresores que agravarían el proceso de la enfermedad mental.

REHABILITACIÓN EN ESQUIZOFRENIA

La rehabilitación psiquiátrica puede ser entendida conceptualmente como el tratamiento continuado de los aspectos de los trastornos psiquiátricos que tienden a ser persistentes y que pueden conducir a discapacidad. Sus métodos incluyen una mezcla de técnicas diversas que van desde lo biológico (un correcto tratamiento farmacológico), el entrenamiento en habilidades psicosociales y vocacionales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los usuarios, sus familias y la propia comunidad; así como la participación en influir sobre aspectos legislativos y la educación de la población para

modificar su percepción sobre el problema, y ayudar a reducir la discriminación y el estigma ⁽²⁶⁾. Desde esta perspectiva, se puede realizar un entrenamiento a la persona esquizofrénica, en base a una gama de habilidades sociales que permitan reducir los factores estresantes que alteran el bienestar en el paciente.

DEL ESTIGMA A LA EDUCACIÓN Y LA AUTOEFICACIA

Durante su enfermedad, pocos pacientes han sido tan maltratados y menospreciados por ella como aquellos con diagnóstico de esquizofrenia. La asociación entre violencia y enfermedad mental grave es una de las grandes fuentes de discriminación y temor por las poblaciones, se equipara <<maldad>> con <<locura>>, y es tema protagonista de las conversaciones de los ciudadanos en general. Las nociones de <<culpa y responsabilidad>> sobre las enfermedades que modifican la conducta se han trasladado desde las atribuciones religiosas a las biológicas, que generan, en algunas ocasiones, la creencia de que la enfermedad mental es algo inmutable, lo cual agrava las <<nociones de diferencia>> y hace que la enfermedad mental parezca más grave, persistente y de mayor peligrosidad ⁽²⁷⁾. Por este motivo, es necesario involucrar al paciente como un ente activo en su propia rehabilitación mediante acciones psicoeducativas.

INTRODUCCIÓN LABORAL

Entre las personas con esquizofrenia, se encuentran más bajas tasas de empleo competitivo (10-20%), quizá debido a las dificultades sociales generadas por la clínica de la enfermedad, el imaginario colectivo a su alrededor y los efectos secundarios de la medicación, entre otros factores que obstaculizan la incorporación laboral de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia desean trabajar, pues consideran el trabajo como fuente potencial de beneficios adicionales a la estabilidad económica, como el fortalecimiento de la autoestima y el sentido de propósito, y se erige como un espacio potencial de rehabilitación y de reingreso a la comunidad tras la hospitalización ⁽²⁸⁾.

CARACTERÍSTICAS

Las personas que tienen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos; que hace que sienta, piense y hable de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña, más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera ⁽²⁹⁾.

Existen dos tipos de síntomas en la esquizofrenia:

- ✓ Síntomas positivos: son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.
- ✓ Síntomas negativos: son aquellas situaciones que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día.

Síntomas Positivos

- Alucinaciones: son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores. Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.
- Delirio: El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización.
- Trastornos del pensamiento: la manera de hablar suele dar indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. En las

crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

- Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: angustia, excitabilidad.
- Síntomas positivos vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios
- Síntomas positivos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

Síntomas Negativos

- Pobreza afectiva: Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como: expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado, escaso contacto visual.
- Alogia: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: pobreza del lenguaje,

restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, pobreza del contenido del lenguaje, aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo.

- Abulia –Apatía: Se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. se manifiesta en: Problemas con el aseo y la higiene, Falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, Sentimiento de cansancio, lentitud, Propensión al agotamiento físico y mental.
- Anhedonia – insociabilidad: Es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, Relaciones con amigos y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

- Problemas cognitivos de la atención: Problemas en la concentración y en la atención, Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, Se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; Acaba bruscamente una discusión o tarea aparente ⁽³⁰⁾.

LA FAMILIA DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO: ROL DEL CUIDADOR

“En nuestro entorno, la familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia. Respecto al enfermo mental, las bases de la reforma psiquiátrica exigen cada vez más a las familias el papel de cuidadora de los pacientes psicóticos, al eliminar las alternativas asilares tradicionales” ⁽³¹⁾.

Los cuidadores constituyen la tríada terapéutica “equipo de salud-paciente-cuidador primario”. El cuidador principal es la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio ⁽³²⁾.

Este tipo de cuidados que brindan las familias se incluyen como cuidados informales, que son las “personas que proceden del círculo familiar (en más del 80% de los casos), de amistades, o vecinos, que asumen los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a

su alrededor, y que no perciben remuneración alguna por realizar estas tareas”. El cuidador informal asume labores de supervisión, estimulación del paciente y suplencia. La supervisión consiste en asegurar que el paciente tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de la conducta. La estimulación incluye lo relacionado con la motivación del paciente para que se ocupe de su propio auto-cuidado, alimentación y actividades de la vida diaria y en ocasiones será necesaria la labor de suplencia ante la imposibilidad de conseguir que el paciente asuma estas responsabilidades ⁽³³⁾.

➤ **Tipos de cuidador:**

– Cuidador primario: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente. Por lo general este vive en el mismo domicilio o muy cerca. Es mayormente familiar en primer grado del paciente. Según Jamieson y R. Illsley “El término cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales”.
(34)

– Cuidador secundario: persona con formación profesional para cuidar al paciente y que recibe una remuneración por sus cuidados.

- Cuidador terciario: personas entre familiares y amigos que colaboran en mayor o menor medida con el cuidado del paciente.

La importancia del cuidador se basa en que este sujeto suplirá todas las necesidades básicas y complejas del individuo a cuidar por un lapso de tiempo. En el caso del paciente esquizofrénico la carga del cuidado recae sobre el cuidador primario que debido a un vínculo afectivo se compromete a ayudar, sin embargo a medida que transcurre el tiempo el paciente será más demandante debido a que éste sería su única ayuda. Esto genera que el cuidador primario se aleje de sus propios proyectos personales, lo que representa una ruptura en su ciclo de vida generando síntomas subjetivos como físicos que repercuten en su salud ⁽³⁵⁾.

Sin embargo los cuidadores de pacientes esquizofrénicos se enfrentan en un contexto, en que la población general, incluso los profesionales sanitarios, tienden a crear una imagen estereotipada de las personas que padecen esquizofrenia. Esta suele contener algunos de los siguientes conceptos erróneos:

- Nadie se recupera de la esquizofrenia.
- Es una enfermedad intratable.
- Las personas que padecen esquizofrenia suelen ser violentas y peligrosas.
- Las personas con esquizofrenia son perezosas e informales.
- La esquizofrenia es el resultado de una debilidad deliberada de la voluntad y del carácter (“se podría salir de ella si quisiese”).

- Todo lo que dicen las personas con esquizofrenia son tonterías.
- Las personas con esquizofrenia son totalmente incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus propias vidas.
- Las personas con esquizofrenia son impredecibles.
- Las personas con esquizofrenia no pueden trabajar.
- Los padres son culpables de la esquizofrenia de sus descendientes.

Esta problemática que enfrentan los cuidadores dificulta el tratamiento de sus familiares con esquizofrenia ⁽³⁶⁾.

REPERCUSIÓN FAMILIAR

La realidad psicopatológica en que viven los familiares de pacientes esquizofrénicos se centra en conocer sus principales manifestaciones de forma tangibles o sea apreciables, que provocan un impacto subjetivo en ellos mismos. Estas consecuencias son el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el deterioro de la economía. Además está la carga subjetiva, sin componentes externos, estos son las reacciones emocionales inmediatas (tristeza, vergüenza, culpabilidad, miedo al futuro, entre otras.) ⁽³⁷⁾

Según Herrera y col (2002): la repercusión familiar es la forma como una crisis afecta a la familia, ocasionando cambios en su estructura y funcionamiento; por lo que se propone contribuir al diagnóstico de la salud familiar, pero debido a que el sistema de medicina familiar carece de

instrumentos confiables que posibiliten un diagnóstico de la salud integral de la familia es que se decide elaborar un instrumento de repercusión familiar (IRFA). Este instrumento puede ser de diferentes magnitudes, desde severa, hasta no repercusión, y puede afectar diferentes áreas de la familia como puede ser su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia. ⁽³⁸⁾.

La repercusión familiar es evaluada, a través de un instrumento, en las siguientes dimensiones: socioeconómica, socio psicológica, funcionamiento familiar y estado de salud. Todas estas dimensiones se toman en cuenta para el análisis de la salud familiar, presentando un proceso de transformación y cambio continuo; donde influyen los eventos adversos que somete a la familia al restablecimiento del equilibrio mediante recursos adaptativos. ⁽³⁹⁾

INSTRUMENTO DE REPERCUSIÓN FAMILIAR (IRFA)

La evaluación familiar es uno de los aspectos más importantes en la salud familiar; para ello se han utilizado diferentes cuestionarios que tratan de medir los niveles en que un evento adverso causa alteraciones dentro de un hogar.

El IRFA es un instrumento que fue elaborado en la Ciudad de La Habana (Cuba), por la Lic. Patricia Herrera Santí y colaboradores el 2002, para evaluar el impacto que tienen los diferentes eventos en la salud

familiar. La validación del instrumento incluyó 3 aspectos: validez de contenido, criterio y de construcción; donde los expertos clasificaron los ítems de acuerdo con los principios de Moriyama, estadísticamente se determinó como una prueba confiable y válida. Consta de 20 ítems, distribuidos por áreas como la **socioeconómica, socio psicológico, funcionamiento familiar y estado de salud.**

La calificación de esta prueba consiste en la suma natural de los valores numéricos circulados, al sumar la puntuación de los ítems dará como resultado la **no repercusión, repercusión leve, moderada, elevada y severa.** También se evalúa el sentido de la repercusión familiar que puede ser favorable o desfavorable y esto se determina por la prevalencia del signo positivo o negativo en cada uno de los ítems. ⁽⁴⁰⁾

– En la **dimensión socioeconómica** se evalúan los recursos socioeconómicos, que son las posibilidades económicas y materiales con que cuenta la familia, y el espacio habitacional, que son los espacios o locales que conforman la estructura de la vivienda, donde se desarrolla la vida familiar. ⁽⁴¹⁾

– En la **dimensión socio psicológico** se evalúan la integración social, en la cual está la incorporación al estudio y al trabajo de los miembros de la familia. La participación social, que se relaciona con las actividades sociales y recreativas en que participa la familia; el modo de vida familiar, al que se integra el conjunto de formas típicas de actividad que realizan los integrantes de la familia; la convivencia social, que no es otra cosa que

la relación de la familia con otros elementos de la sociedad como son los vecinos y la comunidad; así como también los planes y proyectos familiares, que son los proyectos de vida futuros que se ha planteado la familia. ⁽⁴²⁾

– En la **dimensión del funcionamiento familiar** es aquella que evalúa la comunicación familiar, que brinda la posibilidad de transmitir mensajes positivos o negativos entre los miembros del grupo familiar; la afectividad, que es la capacidad de los miembros de vivenciar y mostrar sentimientos y emociones unos a otros; la cohesión, dada por la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; la armonía, que es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo; así como también los roles, que son las tareas y funciones que realiza cada integrante de la familia ⁽⁴³⁾.

– En la **dimensión del estado de salud** se evalúa el estado de salud individual, que se refiere a la presencia de afecciones, procesos patológicos y la ausencia de enfermedad entre los miembros de la familia. ⁽⁴⁴⁾

Este instrumento ha sido utilizado en investigaciones médicas y psicológicas, principalmente para determinar el nivel de repercusión familiar antes enfermedades como el cáncer o eventos familiares como embarazos de adolescentes.

REPERCUSIONES OBJETIVAS

- **Aislamiento social.** La vida social de los miembros que integran una familia se reduce, las reuniones con amigos se restringe, las relaciones con los vecinos se vuelve tensa e incómoda y la posición social en la comunidad descende. Entonces el aislamiento se produce en doble sentido por un lado los familiares reducen sus entretenimientos y por otro cambia hacia ellos la actitud de quienes les rodean. Por ejemplo: el paciente esquizofrénico presenta una disminución de sus relaciones sociales con las demás personas, ya que culturalmente las personas asocian esquizofrenia con amenaza o agresividad. Sus familiares evitan hablar del paciente esquizofrénico por incomodidad en los medios sociales ⁽⁴⁵⁾.
- **Economía.** Cuando uno de los integrantes del hogar enferma psíquicamente, a veces ya no puede aportar dinero porque disminuye su actividad productiva. Si el enfermo es un hijo o un anciano, que no aporta dinero, también las posibilidades económicas descenden; pues dificultan a la madre o padre trabajar fuera de casa y aportar otro sueldo.

“Por otra parte, la enfermedad ocasiona más gastos. Algunos pacientes esquizofrénicos producen destrozos en la ropa, muebles, propiedades ajenas, o son incontinentes y requieren pañales especiales que pueden obtenerse en la Seguridad Social (a veces, esto lo desconocen los familiares, y han de pagar por ellos). Si eligen

la asistencia privada debe añadirse el importe de las consultas, de los medicamentos y a veces también el de la hospitalización”.

La disminución del presupuesto implica que los integrantes de la familia no podrán disponer de lujos en compras, asistir a actividades recreativas antes realizadas, planes de viajes en familia, etc. Toda esta situación económica puede forzar a los cambios de roles en la familia, por ejemplo, la madre que se encargaba de las labores domésticas debe conseguir un trabajo debido a que su esposo es esquizofrénico y se le dificulta encontrar uno disponible ⁽⁴⁶⁾.

REPERCUSIONES SUBJETIVAS

El familiar cuidador del paciente esquizofrénico presenta los siguientes síntomas:

- **Fatiga:** La fatiga en el cuidador se genera como resultado de las múltiples necesidades, atenciones y cuidados que requiere el paciente esquizofrénico, este desgaste se verá incrementada durante los periodos agudos del trastorno mental.
- **Agotamiento:** es la respuesta normal al desgaste físico, pero en el caso del cuidador del paciente esquizofrénico el agotamiento es permanente y por largos periodos de tiempo en el día y noche.

- **Estrés:** el cuidador se enfrenta a un proceso más amplio de adaptación al medio y caracterizado por la “carga” subjetiva impactando en lo fisiológico.
- **Sentimiento de pena:** es una respuesta normal por causa de alguna afección a la salud física o mental, puede tener la sensación de pérdida de un compañero, un amigo o a uno de sus padres y lamentar lo que esa persona fue y lo que ahora es.
- **Sentimiento de culpa:** son frecuentes en los cuidadores debido a las reacciones agresivas y demandantes del familiar enfermo. El cuidador ya no quiere saber más de esa función, por lo que descuidan al familiar por un lapso de tiempo corto, pero la misma sensación de culpa les genera mayor ansiedad haciendo que retome los cuidados sin prestar mayor atención a la sintomatología que está presentando.
- **Sentimiento de enojo:** se dirige al paciente, a otros familiares o al personal sanitario, por tener la responsabilidad total de cuidado y dejarlo solo con la pesada carga.
- **Sentimiento de vergüenza:** el cuidador se siente ridiculizado cuando su familiar tiene comportamientos inapropiados en público, como insultos agresiones físicas a vecinos y amigos, deambular desnudo en casa o alrededores.

- **Sensación de soledad:** El familiar esquizofrénico genera mucha demanda en el cuidador y éste se aísla apartándose de la sociedad. El cuidador disminuye sus actividades recreativas y de ocio, se aleja de las amistades ya que no cuentan con el tiempo suficiente para ellos mismos, manifiestan un dolor psicológico y finalmente un desmejoramiento de su salud física.
- **Sensación de sobrecarga:** el cuidador presenta consecuencias psicológicas y físicas debido a los cuidados proporcionados.

Todos estos síntomas afectan el bienestar del cuidador, lo que resulta convirtiéndolo en otro enfermo ⁽⁴⁷⁾.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

En el contexto de la salud mental, la enfermería con especialización en el área de psiquiatría desempeña una función clave y muy importante en la sociedad, ya que a través de las relaciones con los pacientes persigue una finalidad terapéutica, exigiendo comportamientos serenos, cálidos y empáticos. Además en su trabajo diario utiliza protocolos, guías de atención, procedimientos, planes de cuidado como instrumentos para dar una atención protocolizada, homogénea y de calidad, a todos los pacientes. En el ámbito hospitalario se desarrolla planes de cuidados estandarizados debido a lo siguiente:

- Permite planificar y comunicar los cuidados a los pacientes.
- Legalmente es un marco de referencia para estándares de cuidado.
- Facilitan la planificación de cuidados, disminuyendo el tiempo requerido por los profesionales de enfermería.

El cuidado de enfermería se refleja en la importancia del rol autónomo para realizar un abordaje terapéutico e integral al enfermo mental, así como la unificación de criterios para administrar cuidados de calidad ⁽⁴⁸⁾.

En 1994 la reunión de expertos en enfermería de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formuló la siguiente declaración: “Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles” ⁽⁴⁹⁾.

En el 2016, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó una resolución que beneficia a las personas con problemas de salud mental; donde expresa lo siguiente: Los Estados deben disponer el máximo de los recursos que dispongan para garantizar que las políticas y servicios relacionado a la salud mental cumplan las normas internacionales de los derechos humanos, promoviendo el derecho de

toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad
(50).

Según lo señalado para el presidente de la Sociedad Británica de psicología (British Psychological Society, BPS), Peter Kinderman dice lo siguiente: "esta Resolución es una buena noticia para todos aquellos que hacemos uso de los servicios de salud mental, y, concretamente, para las personas en los países en vías de desarrollo. Si utilizásemos una perspectiva de derechos humanos en la salud mental en lugar de una perspectiva de 'enfermedad', tomaríamos decisiones muy diferentes en relación con la institucionalización involuntaria, el tratamiento forzoso, el uso de diagnósticos inadecuados y la excesiva dependencia de la prescripción de medicación, e incluso sobre la relación entre los sistemas de salud mental y bienestar" (51).

CUIDADOS DIRECTOS

La enfermera dirige el ambiente terapéutico del paciente, ya que permanece en constante vínculo por el tiempo dispuesto. Esto permite que el paciente exprese conflictos, aprenda a comprenderlos y experimente maneras de manejarlos. Otra de sus funciones es la de educar al paciente y familia puede ser de manera estructurada o informal. Se realiza para ayudar a los pacientes a comunicarse de manera clara especialmente en pacientes con problemas de relación con los demás y trastornos del pensamiento.

Algunos aspectos técnicos del tratamiento médico, ya que la enfermera se encarga de la distribución de los medicamentos y contribuye en las terapias somáticas. Comunica sus observaciones sobre los efectos de la medicación en los pacientes y el tratamiento en general, en base a las evaluaciones del paciente puede recomendar un cambio de plan terapéutico. También se encarga del cuidado del estado físico del paciente, detección de síntomas iniciales y discapacidades. Se responsabiliza de guiar las actividades cotidianas de los pacientes. Se las capacitan para llevar a cabo psicoterapias individuales, grupales y familiares, que deben ser supervisadas por psicoterapeutas con experiencia en la materia.

La enfermera maneja un entorno terapéutico para trabajar con grupos de pacientes esquizofrénicos, así mismo realizar actividades. Se involucra la enfermera en terapias familiares, ya que generalmente el paciente esquizofrénico regresa a consulta con su familiar. Otro rol es su intervención en crisis y urgencias psiquiátricas ⁽⁵²⁾.

CUIDADOS INDIRECTOS

“La escasez de enfermeras especializadas exige que una parte importante del trabajo de especialistas se centre en la supervisión, consulta y educación del personal que contacta directamente con el enfermo mental.

La enfermera psiquiátrica puede actuar como administradora, supervisora clínica o educadora de otras enfermeras y de personal no profesional. Su papel consultor se ha ido ampliando, incluyendo servicios de consulta de enfermería en los hospitales generales y en los servicios de salud pública, constituye un recurso en los programas de planificación y evaluación en el área de salud mental y están preparadas para la investigación cuando su formación es dilatada” ⁽⁵³⁾.

2.1.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Nivel de repercusión familiar: Respuesta expresada del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos, ante un evento que influye de alguna manera en las dimensiones socioeconómicas, socio psicológica, funcionamiento familiar y estado de salud, a través de la convivencia en sus hogares. El cual fue obtenido a través de un instrumento de repercusión familiar validado y valorado en leve, moderado y elevado.
- Familiar Cuidador: Persona mayor de 18 años, integrante de la familia, que asume la responsabilidad del cuidado al paciente con esquizofrenia en el hogar.
- Paciente con esquizofrenia: Persona adulta de ambos sexos mayor de 18 años, con diagnóstico de esquizofrenia que recibe atención en el servicio de consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

2.2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1 TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo cuantitativo, porque la variable es medible; nivel aplicativo; método descriptivo simple corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

2.2.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todos los cuidadores que asisten al servicio de psiquiatría en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Siendo aproximadamente 200 familiares cuidadores.

2.2.3 MUESTRA Y MUESTREO

La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporciones para población finita aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95% (1.96), el cual estuvo conformada por 49 cuidadores de pacientes esquizofrénicos que asisten a consulta externa del servicio de psiquiatría, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. (Anexo D)

2.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores de pacientes esquizofrénicos que oscilen entre las edades de 18 años a 60 años, que sepan leer y escribir.
- Cuidadores de pacientes esquizofrénicos que asistan al servicio de psiquiatría. (sea familiar del paciente).
- Cuidadores de pacientes con esquizofrenia que acepten participar en el estudio.

2.2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadores de pacientes con esquizofrenia que posean patología mental.
- Cuidadores de pacientes con esquizofrenia que tenga a su cuidado otro paciente.

2.2.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento una escala de tipo Likert que mide la Repercusión Familiar (IRFA); que fue elaborado por la Lic. Patricia Herrera Santí y colaboradores (1999), para evaluar el impacto que tienen los diferentes eventos en la salud familiar. Consta de 20 ítems, distribuidos por áreas que evalúan dimensiones específicas como son: área socioeconómica, área socio psicológica, área de funcionamiento familiar y área estado de salud. Se clasificó en 3 niveles: repercusión leve, moderado y elevado. Consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos. Los enunciados permitieron

obtener información mediante opciones múltiples de nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. (Anexo B).

2.2.7 PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la implementación del estudio se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Gerente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, a fin de obtener la autorización y facilidades para la ejecución del estudio. Luego se llevó a cabo la coordinación con la enfermera jefe de Consulta Externa para establecer el cronograma recolección de datos considerando aproximadamente de 25 a 30 minutos previo consentimiento informado; el cual se realizó del 10 al 21 de Julio del 2017. Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el paquete de Excel 2016 previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo F) y la Tabla Matriz de Datos (Anexo G), asignando a las proposiciones positivas el valor de 1, 2, 3, 4, 5 y a las proposiciones negativas de 5, 4, 3, 2 y 1. Posteriormente los resultados se presentaron en gráficos estadísticos, para el respectivo análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, porcentajes, frecuencia absoluta y la escala de estanones, valorándose la variable de estudio en repercusión leve, moderada y elevada (Anexo J).

2.2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento fue validado estadísticamente por la Lic. Herrera Santí (1999), en 3 momentos:

✓ La evaluación de la validez del instrumento incluyó tres aspectos:

- Validez de contenido: se comprobó mediante la colaboración de diez expertos en familia, seleccionados entre un grupo de psicólogos que laboran en Ciudad de La Habana, los expertos evaluaron los ítems de acuerdo a los Principios de Moriyama, concluyendo el 86,9% que 20 ítems correspondían con la categoría a medir.
- Validez de criterio: se comprobó tomando el criterio emitido por el médico de la familia, en calidad de informante clave, teniendo el coeficiente de correlación de Spearman de 0.183 que aunque es bajo tiene sólo un nivel de error del 5% lo cual se considera estadísticamente significativo.
- Validez de construcción: se llevó a cabo mediante el empleo de la llamada teoría multivariada de análisis de componentes principales (APC), encontrándose cuatro factores que explica el 79.2% de la varianza total, mientras que el resto de los factores no aportan una variación importante.

✓ Evaluación de la confiabilidad en el tiempo o consistencia interna

Se determinó la confiabilidad de los instrumentos por el coeficiente de correlación de rango de Spearman y crosstab (tabulación cruzada) En la tabulación cruzada de estos datos se encontró coincidencia en el 100% de los casos, observándose un índice de correlación de Spearman de 1.

El instrumento fue sometido nuevamente a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos conformado por dos médicos psiquiatras, tres especialistas enfermeras en salud mental y dos psicólogas clínicas; quienes hicieron uso de la escala de medición. Los datos obtenidos fueron procesados en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (Anexo E). Posteriormente se realizaron las mejoras del instrumento a fin de realizar la prueba piloto y someterlo a validez estadística mediante la prueba de Correlación de Pearson (Anexo H) y para la confiabilidad se aplicó la prueba de α de Crombach, cuyo resultado fue de 0,92, estableciendo que el instrumento es altamente confiable. (Anexo I).

2.2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del estudio se contó con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, aplicando el principio ético de la autonomía; donde se les comunicó que era de carácter anónimo y confidencial, explicando que la información obtenida solo será utilizada para fines del estudio. (Anexo C).

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de haber recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados los resultados en cuadros y gráficos estadísticos, para el análisis e interpretación de acuerdo a los antecedentes y base teórica. Así tenemos que:

3.1 RESULTADOS

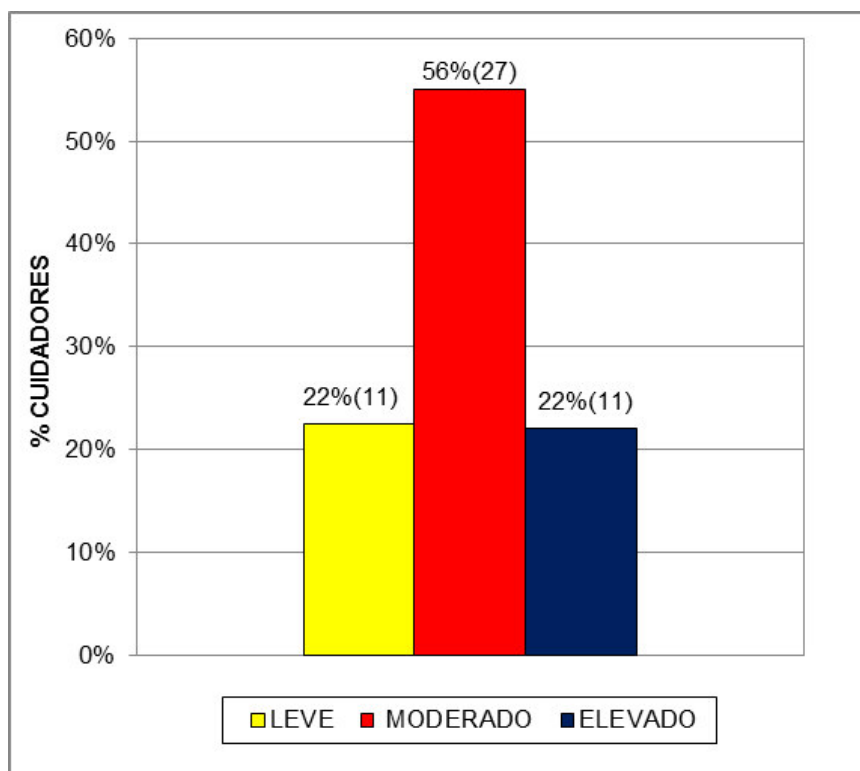
Sobre los datos generales, tenemos que del 100% (49), 59% (29) presentan edades entre 47 a 60 años, 29% (14) tienen de 33 a 46 años, y 12% (6) de 18 a 32 años; 63% (31) son de sexo femenino y 37% (18) es masculino; 47% (23) tiene educación superior, 33% (16) es de nivel secundaria y 20% (10) primaria; 65% (32) pertenece a la Costa y 35% (17) a la Sierra; 41% (20) tiene de 1 a 3 hijos, 29% (14) no tienen hijos, 20% (10) tienen de 4 a 5 hijos y 10% (5) de 6 a más hijos; 53% (26) son amas de casa, 22% (11) son empleados profesionales, 14% (7) trabajan como independientes, 6% (3) son estudiantes y 4% (2) obreros; 33% (16) son hermanos, 31% (15) son madres, 14% (7) son padres, 12% (6) esposos y 10% (5) hijos; 61% (30) de los pacientes esquizofrénicos tienen de 35 a 59 años de edad, 24% (12) de 20 a 34 años, 10% (5) son menores de 20 años y 4% (2) presentan edades de 60 a más; 39% (19) de pacientes esquizofrénicos tienen de 20 a más años de enfermedad, 35% (17) de 11 a 19 años, 20% (10) de 1 a 10 años y 6% (3) menor de 1 año. (Anexo K)

Por lo expuesto se puede evidenciar que la mayoría de cuidadores son adultos maduros ya que tienen de 47 a 60 años, son de sexo femenino, son de educación superior, pertenecen a la costa, tienen de 1 a 3 hijos, son amas de casa y son hermanas (os). De los pacientes esquizofrénicos se observa que la mayoría son adultos maduros ya que tienen de 35 a 59 años y presentan más de 20 años de enfermedad.

Respecto al nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud, del 100% (49), 56% (27) presentan nivel de repercusión familiar moderada, 22% (11) elevada y 22% (11) leve. (Gráfico N° 1, Anexo L). Los aspectos del nivel de repercusión moderada están referidos a que 59% (29) expresan que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, 37% (18) las relaciones con los vecinos y otros familiares son incómodas, 51% (25) las relaciones con los miembros de la familia son conflictivas, 55% (27) el estado de salud de los miembros de la familia empeoró cuando su familiar enfermó; lo leve 39% (19) la adquisición de bienes materiales es suficiente en el hogar, 53% (26) los miembros de la familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad, 21% (10) se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia, 29% (14) el estado de salud de los miembros de la familia empeoró; lo elevado 47% (23) disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro, 22% (11) el tiempo de descanso y reposo disminuyó, 10% (5) le desagrada conversar de manera clara y directa los

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN A UN SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD LIMA - PERÚ 2017



Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores de pacientes esquizofrénicos en la consulta externa de psiquiatría HNGAI – 2017.

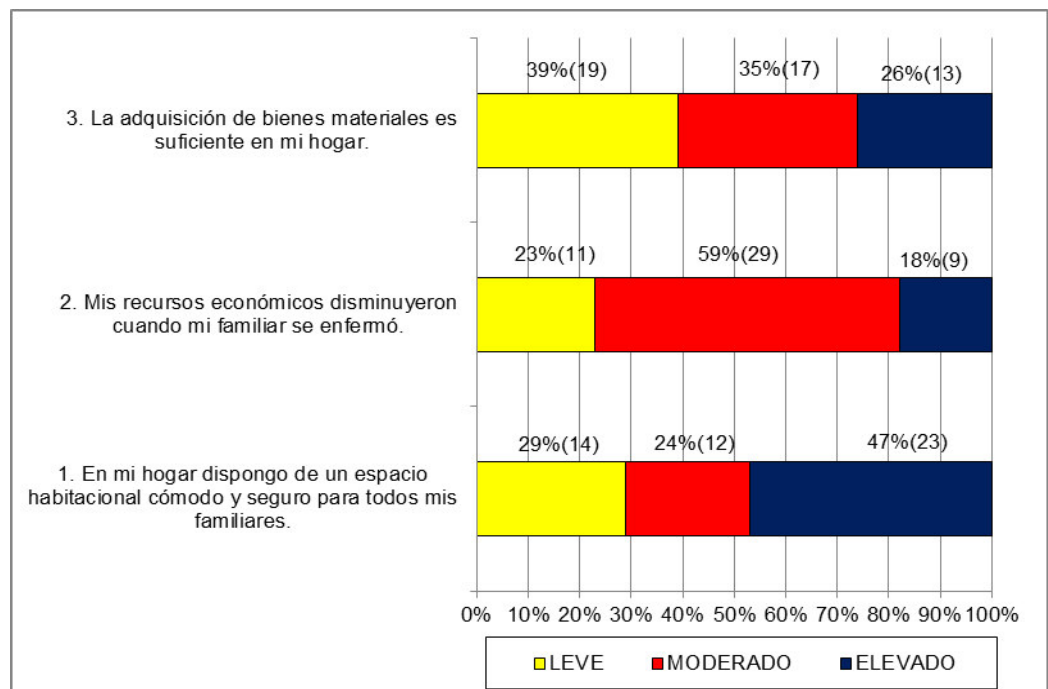
problemas familiares y 16% (8) considera que el estado de salud de los miembros de la familia empeoró. (Anexo N, Ñ, O, P)

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN EN LA DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA POR ÍTEMS A UN SERVICIO DE SEGURO SOCIAL DE SALUD.

LIMA – PERÚ

2017



Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores de pacientes esquizofrénicos en la consulta externa de psiquiatría HNGAI – 2017.

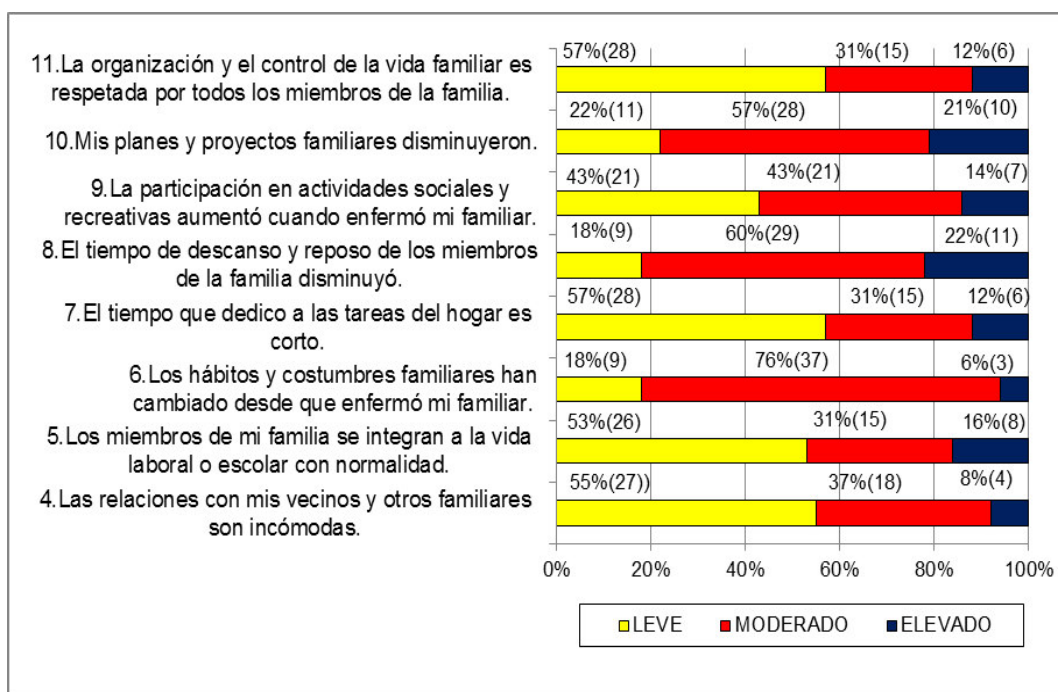
En cuanto al nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socioeconómica por ítems a un servicio de seguro social de

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN EN LA DIMENSIÓN SOCIO PSICOLÓGICA POR ÍTEMS A UN SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD.

LIMA – PERÚ

2017



Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores de pacientes esquizofrénicos en la consulta externa de psiquiatría HNGAI – 2017.

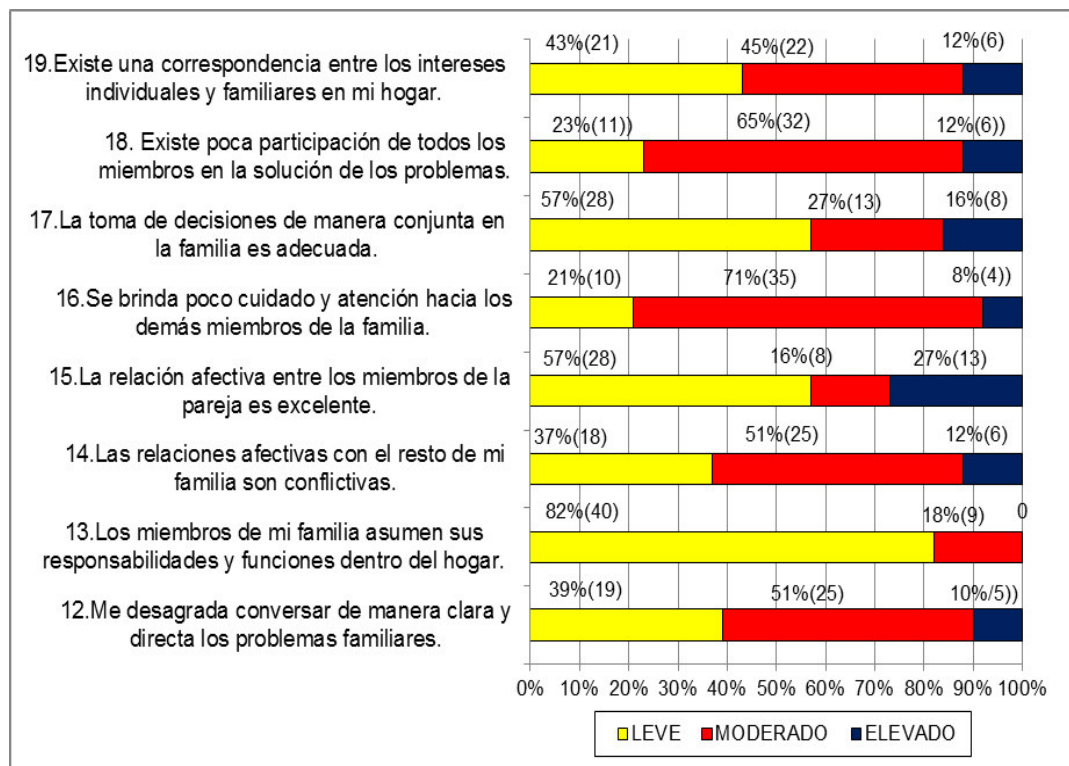
salud, del 100% (49), 68% (33) es moderada, 28% (9) elevado y 14% (7) leve. (Anexo M). Los ítems de repercusión moderada están referidos a que 59% (29) expresan que sus recursos económicos disminuyeron cuando su

GRÁFICO N° 4

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN EN LA DIMENSIÓN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR ÍTEMS A UN SERVICIO EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD.

LIMA – PERÚ

2017



Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores de pacientes esquizofrénicos en la consulta externa de psiquiatría HNGAI – 2017.

familiar enfermó, 47% (23) es elevada ya que disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro, y 39% (19) es leve ya que la

adquisición de bienes materiales es suficiente en el hogar. (Gráfico N°2, Anexo N).

Acerca del nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socio psicológica por ítems a un servicio del seguro social de salud, del 100% (49), 62% (30) es moderado, 18% (9) elevado y 20% (10) leve. (Anexo M). Los ítems de repercusión moderada están referidos a que 76% (37) expresan que los hábitos y costumbres familiares han cambiado desde que enfermó su familiar y 60% (29) el tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia disminuyó; lo elevado porque 21% (10) de sus planes y proyectos familiares disminuyeron, y 14% (7) ya que la participación en actividades sociales y recreativas aumentaron cuando su familiar enfermó; y lo leve fue de 57% (28) porque la organización y el control de la vida familiar es respetada por todos los miembros de la familia, y 57% (28) el tiempo dedicado a las tareas del hogar es corto. (Gráfico 3, Anexo Ñ).

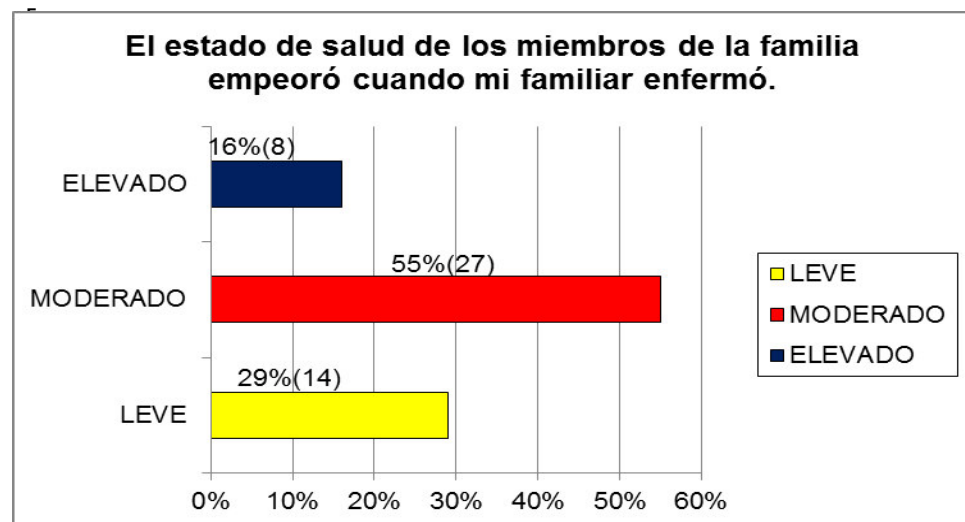
Acerca del nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión funcionamiento familiar por ítems a un servicio del seguro social de salud, del 100% (49), 62% (30) es moderado, 18% (9) elevado y 20% (10) leve. (Anexo M). Los ítems de repercusión moderada están referidos a que 71% (35) brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia, y 65% (32) a que existe poca participación de todos los miembros en la solución de los problemas; lo elevado porque 27% (13)

GRÁFICO N° 5

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN EN LA DIMENSIÓN ESTADO DE SALUD POR ÍTEM A UN SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD.

LIMA – PERÚ

2017



fuente: Instrumento aplicado a cuidadores de pacientes esquizofrénicos en la consulta externa de psiquiatría HNGAI – 2017.

expresan que la pareja presenta una relación afectiva excelente y 16% (8) la toma de decisiones de manera conjunta en la familia es adecuada; lo leve 82% (40) los miembros de la familia asumen sus responsabilidades y funciones dentro del hogar, y 43% (21) existen una correspondencia entre los intereses individuales y familiares en el hogar. (Gráfico N° 4, Anexo O)

En cuanto al nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio en la dimensión estado de salud, del 100%(49), 55%(27) es moderado, 16%(8) es elevado y 29% (14) leve. (Gráfico N°5, Anexo P).

3.1. DISCUSIÓN

Según la OMS las enfermedades mentales generan un gran impacto en el desarrollo sostenible de un país y es la esquizofrenia una de las más incapacitantes; presentando estigmatización, discriminación y violación de sus derechos. En la actualidad se desconoce la causa que origina la esquizofrenia, pero sí los factores predisponentes que desencadenan la enfermedad que son de origen biológico, psicológico y social; por ello la familia cumple un rol muy importante en el hogar, siendo la fuente de cuidados y el soporte biopsicosocial de quien la padece.

Asimismo se tiene en cuenta que los familiares perciben la alteración de la rutina doméstica, deterioro de la economía, sensación de sobrecarga, disminución de las relaciones sociales, entre otros; principalmente el cuidador que es aquella persona que brinda la mayor parte de cuidados al paciente con esquizofrenia. En este contexto la familia presenta repercusiones dentro del hogar por causa de la enfermedad de su familiar. Herrera Santí y col (2002) define la repercusión familiar como una crisis que afecta a la familia, ocasionando cambios en

su estructura y funcionamiento; por lo que presenta diferentes magnitudes que se clasifican desde severa hasta leve. Las áreas más afectadas son la integración social, convivencia, salud de los miembros de la familia, recursos económicos, el modo de vida familiar, entre otros. Se define entonces las cuatro dimensiones: socioeconómico, que evalúa las posibilidades económicas y materiales que cuenta la familia, así como el espacio habitacional que conforma la estructura de la vivienda; socio psicológico, que evalúa la integración social, en la cual está la incorporación al estudio y el trabajo, la participación social que se relaciona con las actividades sociales y recreativas que participa la familia, el modo de vida familiar que integra un conjunto de formas típicas de actividad, la convivencia social que es la relación con los vecinos y familiares, los planes y proyectos planteados por los integrantes; funcionamiento familiar que evalúa la comunicación por medios de mensajes positivos o negativos, la afectividad que es la capacidad de vivenciar y mostrar sentimientos, la cohesión que es la unión física y emocional al enfrentar situaciones, la armonía que es la correspondencia entre intereses individuales y familiares, los roles que son las tareas y funciones de cada integrante; y el estado de salud que evalúa la presencia de afecciones, procesos patológicos y la ausencia de enfermedad.

Al respecto Ribé Buitrón (2014), concluyó en su estudio que “las relaciones encontradas entre la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador confirman la hipótesis principal planteada en la que una elevada 'carga percibida' por el cuidador se relaciona directamente con puntuaciones más bajas en la calidad de vida”. Asimismo Pincay García

(2012), concluyó que “la dinámica familiar de los pacientes con esquizofrenia paranoide se caracteriza por presentar, en su mayoría, relaciones muy estrechas o cercanas; además de conflictivas o distantes, que no tienen claridad en la distribución de roles, que se adaptan a los cambios por resignación y suelen perder la armonía familiar debido al comportamiento irritable de los pacientes”. Del mismo modo Andueza M., Galán P., Benavides B., Peralta C. (2012), concluyeron que “la labor de cuidar recae sobre los padres principalmente, quienes manifiestan especialmente temor por el futuro de sus hijos y sienten que éstos depende en gran medida de ellos, lo que les genera una gran sobrecarga”. Montero M., Faure A., Fleites N., Rodríguez I., Crespo A., Gonzalez M., Llero N. (2010), concluyeron que “la mayor cantidad de cuidadores poseen edades entre 60 y más años, dentro los cuales el sexo femenino fue el más representativo, el nivel de escolaridad que más predominó fue el primario, con relación a la ocupación fueron las amas de casa que presentaron mayor porcentaje”. Herrera Santí, Patricia María (2010), concluyó que “el nivel de repercusión en la salud familiar de los acontecimientos paranormativos tendió a ser elevado mientras que el de los acontecimientos normativos tendió a ser leve. Las áreas de la salud familiar que resultaron más afectadas por el afrontamiento a los acontecimientos estudiados fueron la socioeconómica y la salud individual de los miembros”. Castillo Humberto (2013), concluyó que “las familias perciben que su calidad de vida ha sido afectada principalmente por el sacrificio económico, la discriminación, pena y preocupación constante por la salud del paciente. Atribuyen además, a la enfermedad, el truncamiento de proyectos básicos de desarrollo familiar”. León Franco (2012), concluyó

que “las familias perciben que su calidad de vida ha sido afectada principalmente por el sacrificio económico, la discriminación, pena y preocupación constante por la salud del paciente. Atribuyen además, a la enfermedad, el truncamiento de proyectos básicos de desarrollo familiar”.

Por lo que, según los datos obtenidos en el estudio acerca del nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud, la mayoría presentaron un nivel de repercusión moderada a elevada referido a que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, las relaciones con los vecinos y otros familiares son incómodas, las relaciones con los miembros de la familia son conflictivas, disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro, el tiempo de descanso y reposo disminuyó; seguido por un mínimo porcentaje que es leve donde los bienes materiales son suficientes en el hogar, los miembros de la familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad, se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia; lo cual genera un conjunto de alteraciones, provocando un deterioro integral de la vida familiar.

Lo socioeconómico en el nivel de repercusión familiar, está referido a que si uno de los integrantes enferma psíquicamente, ya no puede aportar dinero porque disminuye su capacidad productiva, por otra parte la enfermedad genera más gastos. Es decir, incluye las posibilidades económicas y materiales que cuenta la familia, y el espacio habitacional. En ese sentido los resultados obtenidos en el estudio sobre el nivel de

repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socioeconómica por ítems a un servicio de seguro social de salud; la mayoría manifiesta que es moderada a elevada ya que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro; mientras un mínimo porcentaje expresa que es leve, ya que la adquisición de bienes materiales es suficiente en el hogar; por lo cual puede repercutir en el truncamiento de los proyectos básicos de desarrollo familiar y la calidad de vida.

Acerca de la dimensión socio psicológica en el nivel de repercusión familiar, está dado por la integración social, participación en actividades sociales y recreativas, modo de vida familiar, convivencia social; así como los planes y proyectos familiares. De modo que por los datos obtenidos en el estudio sobre el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socio psicológica por ítems a un servicio del seguro social de salud, la mayoría manifiesta que es moderado a elevado, ya que expresan que los hábitos y costumbres familiares han cambiado desde que enfermó su familiar, el tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia disminuyó, sus planes y proyectos familiares disminuyeron, y la participación en actividades sociales y recreativas aumentaron; sin embargo un mínimo porcentaje refiere que es leve en la organización y el control de la vida familiar ya que es respetada por todos los miembros de la familia, y el tiempo dedicado a las tareas del hogar es corto; lo cual

genera temor por el futuro de sus familiares y sienten que éstos depende en gran medida de ellos, produciendo una gran sobrecarga.

La dimensión del funcionamiento familiar está referido a la comunicación entre los miembros, demostrar sentimientos y emociones unos a otros, la unión física y emocional de los familiares al enfrentar diversas situaciones de la vida cotidiana, la armonía que está referido a los intereses individuales y familiares, y los roles realizados en el hogar. Por los resultados obtenidos acerca del nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión funcionamiento familiar por ítems a un servicio en el seguro social de salud, la mayoría expresa que es moderada a elevado debido a que se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia, existe poca participación de todos los miembros en la solución de los problemas, porque la pareja presenta una relación afectiva excelente y la toma de decisiones de manera conjunta en la familia es adecuada; mientras que con un mínimo porcentaje refieren que es leve porque los miembros de la familia asumen sus responsabilidades y funciones dentro del hogar, existe una correspondencia entre los intereses individuales y familiares en el hogar; lo cual puede generar relaciones muy estrechas o cercanas, además de conflictivas o distantes en la dinámica familiar por no tener claridad en la distribución de roles, adaptándose a los cambios por resignación y perdiendo la armonía familiar debido al comportamiento irritable de los pacientes.

Según la dimensión del estado de salud está referida al estado de salud individual de todos los integrantes de la familia, presentando en algunos casos afecciones, procesos patológicos o la ausencia de enfermedad. Por lo que se puede concluir según los datos obtenidos en el estudio sobre el nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión estado de salud por ítem a un servicio del seguro social de salud, que la mayoría es moderado a elevado, ya que los cuidadores expresan que la salud de los miembros empeoró cuando su familiar enfermó; sin embargo con un mínimo porcentaje de leve refieren que su salud no fue afectada en la convivencia con su familiar; lo cual puede aumentar debido a las repercusiones subjetivas como la fatiga, agotamiento, estrés sentimiento de pena, culpa y sobrecarga que presenta el cuidador, afectando directamente su calidad de vida.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- El nivel de repercusión en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud; la mayoría presenta un nivel de repercusión moderada a elevada referido a que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, las relaciones con los vecinos y otros familiares son incómodas, las relaciones con los miembros de la familia son conflictivas, disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro, el tiempo de descanso y reposo disminuyó; seguido por un mínimo porcentaje que es leve donde los bienes materiales son suficientes en el hogar, los miembros de la familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad, y se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia.

- Respecto al nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socioeconómica por ítems a un servicio de seguro social de salud; la mayoría manifiesta que es moderada a elevada ya que sus recursos económicos disminuyeron cuando su familiar enfermó, disponen en su hogar de un espacio habitacional cómodo y seguro;

mientras un mínimo porcentaje expresa que es leve, ya que la adquisición de bienes materiales es suficiente en el hogar.

- Acerca del nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión socio psicológica por ítems a un servicio del seguro social de salud, la mayoría manifiesta que es moderada a elevada, ya que expresan que los hábitos y costumbres familiares han cambiado desde que enfermó su familiar, el tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia disminuyó, sus planes y proyectos familiares disminuyeron, y la participación en actividades sociales y recreativas aumentaron; sin embargo un mínimo porcentaje refiere que es leve en la organización y el control de la vida familiar ya que es respetada por todos los miembros de la familia, y el tiempo dedicado a las tareas del hogar es corto.
- En cuanto al nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión funcionamiento familiar por ítems a un servicio en el seguro social de salud, la mayoría expresa que es moderada a elevado debido a que se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia, existe poca participación de todos los miembros en la solución de los problemas, porque la pareja presenta una relación afectiva excelente y la toma de decisiones de manera conjunta en la familia es adecuada; mientras que con un mínimo porcentaje refieren que es leve porque los miembros de la

familia asumen sus responsabilidades y funciones dentro del hogar, y existe una correspondencia entre los intereses individuales y familiares en el hogar.

- El nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten en la dimensión estado de salud por ítem a un servicio del seguro social de salud, que la mayoría es moderado a elevado, ya que los cuidadores expresan que la salud de los miembros empeoró cuando su familiar enfermó; sin embargo con un mínimo porcentaje es leve ya que su salud no fue afectada en la convivencia con su familiar.

4.2 RECOMENDACIONES

- Que las instituciones de salud a partir de los resultados del estudio reflexionen sobre los hallazgos y elaboren un programa psicoeducativo dirigido al cuidador del paciente esquizofrénico en los hospitales de mayor demanda (Es Salud, MINSA); donde el profesional de enfermería en el área brinde orientación, terapias y tratamiento psicológico al cuidador, en coordinación con los demás profesionales de salud, desde una perspectiva multidisciplinaria que aborden de manera integral al familiar cuidador del paciente esquizofrénico, disminuyendo el riesgo a complicaciones que puede repercutir en el cuidado al paciente en el hogar.

- Realizar investigaciones similares desde la perspectiva de la intensidad (no repercusión, repercusión leve, moderada, elevada y severa), y la dirección (favorable y desfavorable); considerando las dimensiones socioeconómicas, socio psicológicas, funcionamiento familiar y estado de salud del IRFA.
- Realizar estudios similares de tipo cualitativos; en las diferentes instituciones de salud del sector público y privado, que permitan profundizar los hallazgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Lewis R. Real family values: leading your family into the 21st century with clarity and conviction. New York: Multnomah Books; 1995.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397. [Internet] Abril- 2016 [Acceso 2016 noviembre 22]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- (3) Biagini M. Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. Rev salud mental [En línea]. 1994. [citado 22 Nov 2016]; 17 (4): 12-17. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/viewFile/540/540
- (4) Quintero Á. Diccionario especializado en familia y género. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 2007.
- (5) Vega F. Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. In [Internet]. 2010 [citado 22 Nov 2016]; 29(1):1-4 Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>
- (6) Ruiz N, Moya L. El cuidado informal: una visión actual. Rev de Motiv y Emoc [Internet].2012 [citado 22 Nov 2016]; 1, 22-30. Disponible en: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- (7) Caqueo A, Gutierrez J, Ferrer M, Darrigrande P. Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 22 Nov 2016]; 5(3): 191-196. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-sobrecarga-cuidadores-aymaras-pacientes-con-1888989111001091>

(8) Adrianzén M. Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia Hospital Almanzor Aguinada Asenjo 2011 [tesis]. Chiclayo: Universidad Católica santo Toribio de Mogrovejo; 2012.

(9) Ribé J. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Ramon Llull. Facultad de Psicología; 2014.

(10) Pincay E. Caracterización de la dinámica familiar de pacientes con esquizofrenia paranoide internos en el Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Psicológicas; 2012.

(11) Andueza Doce MR, Galán Rodríguez de Isla P, Benavides Espilla MB, Peralta Rodrigo MC. Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos. NURE Inv [Revista en línea]. Nov-dic 2012 [consultado 23 Noviembre 2016]; 9(61): [aprox. 14 p]. Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/601/591>

(12)(33) Montero M, Faure A, Fleites N, Rodríguez I, Crespo A, Gonzalez B et al. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. [Revista en línea] 2010 [consultado 23 Noviembre 2016]; 7(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph01310.html>

(13)(40)(41)(42)(43)(44) Herrera P. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia [tesis doctoral].

Ciudad de La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.

(14) Correa D. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.

(15) Nolasco J. Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.

(16) Castillo H. Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. Anales de Salud Mental [Revista en línea] 2014 [Consultado 23 Noviembre 2016]; 30(2). Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/1>

(17) León F. Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2013.

(18) Guardia J. Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Psicología; 2010.

(19) La Esquizofrenia. NIH. 2011; 15(3517):17.

(20) Psicomed.net [Internet] Madrid: Psicomed; 2015[Consultado 16 jul 2016] Disponible en: http://www.psicocarea.org/cie_10.htm#20-29

- (21)(22) Anales de Salud Mental. Guía basada en la evidencia de la APAL y de la APM para el tratamiento de la esquizofrenia. Etiología y fisiopatogenia. 2014; 37supl 1:S1-38.
- (23)(24) Lozano JA. Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. Offarm. 2002; 21(9): 104-114.
- (25)(26)(27)(28) Taborda E, Montoya L, Gómez N, Arteaga L, Correa O. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. Rev Colomb Psiquiat. 2016; 45(2): 118-123.
- (29)(30) Barrio P, Molina O, Campos J, Franco E, Suarez A, Arreo V. Enfermería psiquiátrica y salud mental. 4ta edición. España; 2013, p. 34.
- (31)(32) Álgora M. El cuidador del paciente esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. Asociación Nacional De Enfermería De Salud Mental. [Internet]. [Consultado 16 jul 2016]. España. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud.pdf>
- (34)(35)(47)Villamar R. Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el instituto de Neurociencias de la JBG [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Psicológicas; 2014.
- (36) Personería Jurídica N° 1589291. Boletín informativo de la Asociación Argentina de ayuda a la persona que padece esquizofrenia y su familia, n° 33. (10 abril 2008).
- (37)(45)(46) Gradillas V. La familia del enfermo mental: La otra cara de la psiquiatría. España. Editorial: Díaz de santos; 1998.
- (38)(39)Herrera P, González I, Soler S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar.

Rev Cubana Med Integr. 2002; 18(2): 169-172.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000200013.

(48) Merodio I. Informatización de un plan de cuidados de enfermería en el paciente esquizofrénico como instrumento de mejora de la calidad de cuidados de enfermería [Tesis]. Barcelona: Escuela Universitaria de enfermería santa Madrona. 2006.

(49) De la Revilla, L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1996.

(50)(51) Organización de las Naciones Unidas. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho de desarrollo. Nueva York: ONU; 2016. Serie: 1611073.

(52)(53) Acosta K. Percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de psiquiatría de consultorios externos en el hospital Hermilio Valdizán – 2014 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de la variable	I
B	Instrumento	III
C	Consentimiento informado	VI
D	Determinación de la Muestra	VII
E	Tabla de concordancia - Prueba binomial	VIII
F	Tabla de códigos del instrumento	IX
G	Tabla matriz de datos	XI
H	Validez del instrumento	XV
I	Confiabilidad del instrumento	XVI
J	Medición de la variable	XVII
K	Datos generales de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que asisten a un servicio del seguro social de salud. Lima - Perú 2017.	XIX
L	Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud. Lima - Perú 2017.	XXI
M	Nivel de repercusión familiar por dimensiones en hogares de pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud. Lima - Perú 2017	XXII

		Pág.
N	Nivel de repercusión familiar en la dimensión socioeconómica por ítems según opinión de los cuidadores que asisten al seguro social de salud. Lima- Perú 2017.	XXIII
Ñ	Nivel de repercusión familiar en la dimensión socio psicológica por ítems según opinión de los cuidadores que asisten al seguro social de salud. Lima-Perú 2017.	XXIV
O	Nivel de repercusión familiar en la dimensión funcionamiento familiar por ítems según opinión de los cuidadores que asisten al seguro social de salud. Lima-Perú 2017.	XXV
P	Nivel de repercusión familiar en la dimensión estado de salud por ítem según opinión de los cuidadores que asisten al seguro social de salud. Lima-Perú 2017.	XXVI

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos.	La repercusión familiar es el grado de afectación en que cada uno de sus integrantes manifiesta en las dimensiones socioeconómica, socio psicológica, funcionamiento familiar y estado de salud, como consecuencia de la interacción del paciente esquizofrénico en el hogar.	<p>Socioeconómica (3 ítems)</p> <p>Socio psicológica (8 ítems)</p>	<p>1. En mi hogar dispongo de un espacio habitacional cómodo y seguro para todos mis familiares.</p> <p>2. Mis recursos económicos disminuyeron cuando mi familiar se enfermó.</p> <p>3. La adquisición de bienes materiales es suficiente en mi hogar.</p> <p>4. Las relaciones con mis vecinos y otros familiares son incómodas.</p> <p>5. Los miembros de mi familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad.</p> <p>6. Los hábitos y costumbres familiares han cambiado desde que enfermó mi familiar.</p> <p>7. El tiempo que dedico a las tareas del hogar es corto.</p> <p>8. El tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia disminuyó.</p> <p>9. La participación en actividades sociales y recreativas aumentó cuando enfermó mi familiar.</p> <p>10. Mis planes y proyectos familiares disminuyeron.</p>	Es la respuesta expresada ante un evento que influye positiva o negativamente en las dimensiones socioeconómica, socio psicológica, funcionamiento familiar y estado de salud que los cuidadores de pacientes esquizofrénicos manifiestan, a través de la convivencia en sus hogares. El cual será obtenido a través de una escala validada de repercusión	<p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Elevado</p>

		<p>Funcionamiento familiar (8 ítems)</p> <p>-Estado de salud (1 ítem)</p>	<p>11. La organización y el control de la vida familiar es respetada por todos los miembros de la familia.</p> <p>12. Me desagrada conversar de manera clara y directa los problemas familiares.</p> <p>13. Los miembros de mi familia asumen sus responsabilidades y funciones dentro del hogar.</p> <p>14. Las relaciones afectivas con el resto de mi familia son conflictivas.</p> <p>15. La relación afectiva entre los miembros de la pareja es excelente.</p> <p>16. Se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia.</p> <p>17. La toma de decisiones de manera conjunta en la familia es adecuada.</p> <p>18. La participación de todos los miembros en la solución de los problemas</p> <p>19. Existe una correspondencia entre los intereses individuales y familiares en mi hogar.</p> <p>20. El estado de salud de los miembros de la familia empeoró cuando mi familiar enfermó.</p>	<p>familiar y valorada en repercusión leve, moderada y elevada.</p>	<p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Elevado</p>
--	--	---	---	---	--

ANEXO B

INSTRUMENTO - ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR (IRFA)

I. PRESENTACION

Buenas días Sr./Sra., mi nombre es Diana Carolina Tupac Yupanqui Espinoza, estoy realizando un estudio de investigación en coordinación con el Hospital. Para lo cual, se solicita su colaboración respondiendo las preguntas que a continuación se presentan con la mayor veracidad. Agradezco anticipadamente su participación en este estudio.

II. DATOS GENERALES:

1.- ¿Cuál es su edad?

2.- ¿Cuál es su sexo? a) Femenino b) Masculino

3.- ¿Cuál es su grado de instrucción?

a) Primaria b) Secundaria c) Superior (profesional o técnico)

4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?

a) Costa b) Sierra c) Selva

5.- ¿Cuántos hijos tiene?

6.- ¿Cuál es su ocupación actual?

7.- ¿Cuál es su parentesco con el paciente?.....

8.- ¿Cuál es la edad del paciente esquizofrénico?

9.- ¿Cuánto tiempo de enfermedad presenta el paciente?

III. INSTRUCCIONES

Marque con una aspa (X) en el casillero que usted considere adecuado; con respecto a, si el evento ocasionó cambios en el hogar.

IV. CONTENIDO

	ASPECTOS A EVALUAR	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA					
1	En mi hogar dispongo de un espacio habitacional cómodo y seguro para todos mis familiares.					
2	Mis recursos económicos disminuyeron cuando mi familiar se enfermó.					
3	La adquisición de bienes materiales es suficiente en mi hogar					
	DIMENSIÓN SOCIO PSICOLÓGICA					
4	Las relaciones con mis vecinos y otros familiares son incómodas.					
5	Los miembros de mi familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad.					
6	Los hábitos y costumbres familiares han cambiado desde que enfermó mi familiar.					
7	El tiempo que dedico a las tareas del hogar es corto.					
8	El tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia disminuyó.					
9	La participación en actividades sociales y recreativas aumentó cuando enfermó mi familiar.					
10	Mis planes y proyectos familiares disminuyeron.					
11	La organización y el control de la vida familiar es respetada por todos los miembros de la familia.					

	DIMENSIÓN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR					
12	Me desagrada conversar de manera clara y directa los problemas familiares.					
13	Los miembros de mi familia asumen sus responsabilidades y funciones dentro del hogar.					
14	Las relaciones afectivas con el resto de mi familia son conflictivas.					
15	La relación afectiva entre los miembros de la pareja es excelente.					
16	Se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia.					
17	La toma de decisiones de manera conjunta en la familia es adecuada.					
18	Existe poca participación de todos los miembros en la solución de los problemas.					
19	Existe una correspondencia entre los intereses individuales y familiares en mi hogar.					
	DIMENSIÓN ESTADO DE SALUD					
20	El estado de salud de los miembros de la familia empeoró cuando mi familiar enfermó.					

Gracias por su participación.

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN A UN SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD-LIMA 2017”**; habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos; y, teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad”

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado(a) usuario(a):

La investigadora del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud a guardar la máxima confidencialidad de la información; así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atte

.....
Firma de la investigadora DNI

Fecha

.....
Firma del participante DNI

Fecha

ANEXO D

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se obtuvo por muestreo probabilístico de proporciones para población finita.

$$n = \frac{Nz^2 \times p q}{N-1 (E)^2 + z^2 (p q)}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza. (95% = 1,96)

N: Población

p: Proporción de casos de población con características a estudiar.

q: 1 – p Proporción de la población que no tienen características

d²: Margen de error permisible establecido por el investigador. (0.1)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{(1,96)^2(200)(0,5)(0,5)}{(200-1)(0,1)^2 + (1,96)^2(0,5)(0,5)} = \frac{192,08}{2,9504} = 65 \text{ cuidadores}$$

Factor de corrección:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{65}{1 + \frac{65}{200}}$$



n = 49 cuidadores

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	JUEZ DE EXPERTOS							Valor de P
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0,008
2	1	1	1	1	1	1	1	0,008
3	1	1	1	1	1	1	1	0,008
4	1	1	1	1	1	1	1	0,008
5	1	1	1	1	1	1	1	0,008
6	0	1	1	1	1	1	1	0,062(*)
7	1	1	1	1	1	1	1	0,008

(*) Se realizaron las modificaciones en este criterio.

Se ha considerado:

- Favorable: 1 (SI)
- Desfavorable: 0 (NO)

Si $p < 0,05$ la concordancia es significativa

ANEXO F

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	CÓDIGO
Edad	
18-32	1
33-46	2
47-60	3
Sexo	
Femenino	1
Masculino	2
Grado de instrucción	
Primaria	1
Secundaria	2
Superior	3
Ocupación	
Estudiante	1
Ama de casa	2
Obrero	3
Empleado	4
Independiente	5
Parentesco	
Madre	1
Padre	2
Hermana(o)	3
Esposa(o)	4
Hija (o)	5
Lugar de Procedencia	
Costa	1
Sierra	2
Número de hijos	
Ningún hijo	1
1-3 hijos	2
4-5 hijos	3
6 a más hijos	4
Edad del paciente esquizofrénico	
Menor de 20 años	1
20-34 años	2
35-59 años	3
60 a más años	4
Tiempo de enfermedad del paciente esquizofrénico	
Menor de 1 año	1
De 1-10 años	2
De 11-19 años	3
De 20 a más años	4

DATOS ESPECÍFICOS	CÓDIGO
Enunciado positivo	
Nunca	1
Casi nunca	2
Algunas veces	3
Casi siempre	4
Siempre	5
Enunciado negativo	
Nunca	5
Casi nunca	4
Algunas veces	3
Casi siempre	2
Siempre	1

Nº DE ÍTEM	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	1	2	3	4	5
2	5	4	3	2	1
3	1	2	3	4	5
4	5	4	3	2	1
5	1	2	3	4	5
6	5	4	3	2	1
7	1	2	3	4	5
8	5	4	3	2	1
9	1	2	3	4	5
10	5	4	3	2	1
11	1	2	3	4	5
12	5	4	3	2	1
13	1	2	3	4	5
14	5	4	3	2	1
15	1	2	3	4	5
16	5	4	3	2	1
17	1	2	3	4	5
18	5	4	3	2	1
19	1	2	3	4	5
20	5	4	3	2	1

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS

Datos generales:

N° DE PACIENTE	ÍTEMS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	1	2	1	2	2	1	1	1
2	3	1	1	2	3	2	1	3	3
3	3	1	1	1	3	5	1	2	3
4	2	2	3	2	4	4	4	3	4
5	2	1	3	1	1	4	3	3	3
6	3	2	3	1	2	2	4	4	3
7	1	1	3	2	1	1	5	3	3
8	3	2	2	1	3	3	2	1	2
9	3	2	1	1	2	4	4	3	3
10	1	2	3	1	1	1	3	2	2
11	3	1	3	1	2	4	3	3	3
12	3	2	3	2	1	3	4	3	3
13	2	1	3	2	2	5	5	3	3
14	3	2	3	1	4	4	2	3	3
15	3	1	2	2	3	2	1	2	2
16	2	1	3	1	2	2	1	2	2
17	2	1	2	1	1	2	3	3	3
18	3	1	2	1	2	2	1	2	2
19	2	1	2	1	2	5	1	1	1
20	3	2	3	1	2	4	4	3	3
21	1	2	3	1	1	1	5	3	3
22	3	1	2	1	2	2	3	3	3
23	2	1	2	1	1	2	3	3	4
24	3	1	2	1	3	5	1	2	3

25	3	2	3	1	3	2	2	3	2
26	1	1	2	1	1	2	3	1	2
27	3	1	3	2	2	2	1	2	2
28	3	1	1	1	3	2	3	3	4
29	3	2	1	2	4	5	2	2	2
30	3	1	1	2	4	2	1	2	3
31	2	1	1	2	2	2	1	1	1
32	3	1	2	1	1	2	3	3	4
33	3	2	3	1	1	4	3	3	4
34	2	2	2	1	2	5	3	3	4
35	3	1	3	1	2	4	1	2	2
36	3	1	2	1	2	2	3	3	4
37	3	2	3	1	2	4	2	2	2
38	1	1	3	1	1	1	5	4	4
39	2	2	3	2	2	5	3	3	4
40	3	2	1	2	4	2	2	3	4
41	3	1	2	2	3	2	1	3	4
42	3	1	2	1	2	2	1	3	4
43	2	1	3	2	1	2	3	3	2
44	1	1	3	1	2	2	5	3	4
45	3	2	1	2	3	2	2	3	4
46	3	1	2	2	3	2	1	2	3
47	3	1	3	1	1	4	3	3	4
48	3	1	3	1	1	2	3	3	3
49	3	2	1	2	2	2	4	4	4

Datos específicos:

N° Pcte	ÍTEMS																							Σ	
	Socioeconómica				Socio psicológica									Funcionamiento Familiar											Estado de salud
																									20
	1	2	3	Σ	4	5	6	7	8	9	10	11	Σ	12	13	14	15	16	17	18	19	Σ			
1	3	3	1	7	5	4	3	2	1	5	2	2	24	4	2	2	5	2	1	2	2	20	5		
2	2	2	3	7	3	2	1	2	1	1	2	1	13	1	2	3	1	2	1	1	3	14	2		
3	5	2	5	12	5	3	5	2	2	4	1	2	24	3	2	5	2	5	5	5	2	29	5		
4	1	1	4	6	5	4	5	5	5	5	5	5	39	5	4	5	5	5	5	5	5	39	5		
5	5	5	5	15	5	1	5	3	3	5	5	2	29	5	1	5	5	2	2	2	5	27	2		
6	5	1	2	8	2	2	2	2	2	1	2	3	16	2	1	3	2	3	2	3	4	20	3		
7	3	3	2	8	2	2	2	1	2	2	1	2	14	2	1	1	1	2	2	3	2	14	1		
8	5	5	5	15	5	3	2	4	1	3	5	3	26	3	4	4	3	3	4	3	4	28	3		
9	5	2	2	9	3	5	3	3	2	5	5	5	31	5	2	5	5	5	2	5	5	34	5		
10	4	1	1	6	5	4	2	3	1	4	1	1	21	1	1	4	4	2	1	2	1	16	3		
11	5	4	4	13	4	5	3	4	3	2	3	3	27	3	4	3	3	3	3	4	3	26	5		
12	5	3	5	13	5	5	5	5	3	4	5	2	34	2	2	2	2	2	2	2	3	17	1		
13	2	2	3	7	1	1	2	1	2	2	2	2	13	2	2	1	2	3	5	5	2	22	2		
14	2	2	5	9	2	2	2	2	2	3	3	2	18	3	1	1	2	1	1	1	3	13	3		
15	3	3	4	10	5	5	2	5	5	3	3	5	33	2	1	2	2	3	5	1	1	17	2		
16	2	1	1	4	5	2	2	2	2	1	1	1	16	2	1	2	2	1	1	1	1	11	1		
17	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	3	1	1	1	1	1	1	10	1		
18	5	2	2	9	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	2	2	2	2	3	2	5	20	2		
19	4	3	3	10	2	3	3	3	3	4	4	4	26	2	3	4	3	3	4	3	4	26	4		
20	3	2	3	8	4	1	3	4	2	3	2	3	22	2	2	3	3	4	3	3	3	23	4		
21	2	5	3	10	2	4	2	1	5	1	1	4	20	3	3	3	2	3	2	5	1	22	5		
22	5	2	5	12	5	5	5	5	5	2	2	5	34	5	3	2	5	5	5	5	2	32	4		

23	1	3	3	7	1	2	2	2	2	3	1	1	14	3	2	2	5	1	1	2	1	17	1	39
24	5	5	5	15	5	2	3	3	2	3	3	2	23	2	3	3	2	2	2	2	3	19	2	59
25	5	2	3	10	5	5	4	2	5	3	4	5	33	5	1	5	5	5	3	2	5	31	3	77
26	3	2	2	7	3	2	2	2	2	2	2	2	17	2	1	2	2	2	2	2	3	16	2	42
27	5	5	2	12	5	3	5	3	5	5	2	5	33	1	2	5	1	5	1	3	1	19	2	66
28	5	1	1	7	5	2	2	1	1	5	5	2	23	2	1	2	2	2	2	2	2	15	5	50
29	2	3	3	8	5	2	2	2	2	2	3	2	20	3	2	3	2	2	2	1	2	17	1	46
30	5	1	4	10	5	5	2	2	2	2	4	2	24	2	1	2	2	2	3	3	2	17	2	53
31	3	5	5	13	5	4	2	2	1	2	2	2	20	2	2	1	1	2	2	2	2	14	2	49
32	5	5	5	15	5	5	5	4	5	4	5	3	36	5	2	5	5	3	5	5	3	33	3	87
33	5	5	3	13	3	4	3	5	3	3	2	3	26	5	2	5	5	3	5	5	3	33	5	77
34	5	3	3	11	3	4	3	5	3	2	2	2	24	3	2	3	3	3	2	2	3	21	2	58
35	5	2	2	9	4	2	3	3	2	2	2	3	21	2	2	2	2	3	3	3	3	20	2	52
36	5	3	2	10	3	3	3	2	3	3	3	3	23	2	2	5	5	3	3	3	3	26	3	62
37	1	2	2	5	1	2	1	2	2	1	2	2	13	2	2	2	2	3	2	2	3	18	2	38
38	5	5	5	15	5	2	2	1	1	3	1	3	18	2	2	4	1	2	1	2	3	17	2	52
39	4	1	3	8	5	4	3	3	3	5	2	2	27	5	2	5	2	2	2	5	4	27	2	64
40	1	5	5	11	5	3	2	2	5	3	2	4	26	5	1	5	5	2	3	3	2	26	5	68
41	3	2	2	7	5	1	3	3	2	2	1	2	19	1	2	2	1	2	2	2	1	13	1	40
42	5	2	4	11	3	2	2	2	1	2	3	2	17	3	3	5	2	3	2	2	4	24	5	57
43	5	2	5	12	5	1	2	2	4	3	5	2	24	3	1	5	5	5	2	2	5	28	2	66
44	1	2	1	4	3	2	2	1	2	3	1	2	16	2	2	1	1	3	4	2	3	18	4	42
45	3	2	2	7	2	2	2	1	2	3	2	3	17	3	1	3	3	2	2	3	2	19	2	45
46	2	1	2	5	3	2	2	1	1	1	3	4	17	2	1	4	2	4	5	2	2	22	1	45
47	4	3	3	10	3	4	4	3	3	3	3	3	26	3	2	3	3	4	3	3	4	25	3	64
48	2	2	5	9	5	2	2	3	1	2	2	2	19	2	2	3	5	2	4	5	2	25	2	55
49	5	2	2	9	3	2	2	2	2	4	2	2	19	2	2	3	2	2	2	2	4	19	2	49
Total	177	131	153	461	183	140	132	126	122	139	127	130	1099	134	95	153	138	136	130	136	137	1059	136	2755

ANEXO H

VALIDEZ ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, se aplica la fórmula de ítems test coeficiente de correlación "r" de Pearson" obteniéndose:

$$r = \frac{n \sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n y_i}{\sqrt{\left[n \sum_{i=1}^n x_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n x_i \right)^2 \right] \left[n \sum_{i=1}^n y_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n y_i \right)^2 \right]}}$$

Ítem 1	r=0.750	Ítem 11	r=0.710
Ítem 2	r=0.843	Ítem 12	r=0.749
Ítem 3	r=0.781	Ítem 13	r=0.535
Ítem 4	r=0.670	Ítem 14	r=0.787
Ítem 5	r=0.718	Ítem 15	r=0.681
Ítem 6	r=0.738	Ítem 16	r=0.856
Ítem 7	r=0.869	Ítem 17	r=0.608
Ítem 8	r=0.699	Ítem 18	r=0.803
Ítem 9	r=0.770	Ítem 19	r=0.675
Ítem 10	r=0.767	Ítem 20	r=0.667

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido

Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizó la fórmula del Alfa de Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

➤ Dónde:

K: Número de ítems del instrumento.

S_i^2 : Sumatoria de las varianzas de cada ítem.

ST^2 : Varianza de la suma de los totales de los ítems.

➤ Para que exista confiabilidad $\alpha > 0,6$

➤ Reemplazando con los valores:

$$K = 20$$

$$S_i^2 = 38.52$$

$$ST^2 = 308.9$$

$$\alpha = 0,92$$

➤ El resultado indica que el instrumento posee alta fiabilidad.

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Se realizó el cálculo de la media aritmética y la desviación estándar a la variable en estudio; lo que permitió la clasificación según escala de Stanones.

1. Cálculo de promedio \bar{X} : $\bar{X} = 56,22$
2. Cálculo de la Desviación Estándar : $DE = 15,92$
3. Se establecieron valores para a y b.

$$a = \bar{X} - 0.75 (DE);$$

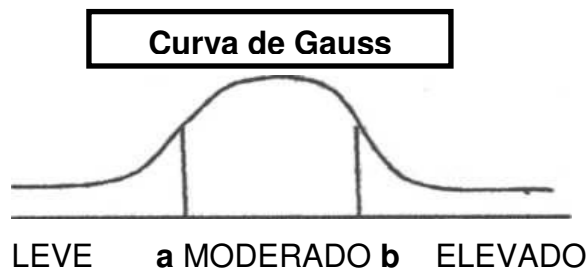
$$a = 56,22 - 0.75 (15,92);$$

$$a = 56,22$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (DE)$$

$$b = 56,22 + 0.75 (15,92)$$

$$b = 67,41$$



CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR:

- Nivel de repercusión leve : < 45
- Nivel de repercusión moderada : $45 - 67$
- Nivel de repercusión elevado: : > 67

PUNTAJE POR DIMENSIONES:

SOCIO ECONÓMICA: ítems 1, 2, 3.

Dónde: $X=9,41$ $DS= 3.11$

$a= 7,07$ $b=11,74$

- Repercusión leve : < 7
- Repercusión moderada : 7-12
- Repercusión elevado : >12

SOCIO PSICOLÓGICA: ítems 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Dónde: $X=22,43$ $DS=6,91$

$a=17,24$ $b=27,61$

- Repercusión leve : < 17
- Repercusión moderada : 17 - 28
- Repercusión elevado : > 28

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: ítems 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Dónde: $X=21,61$ $DS=6,58$

$a= 16,67$ $b=26,55$

- Repercusión leve : < 17
- Repercusión moderada : 17 - 27
- Repercusión elevado : > 27

ÁREA ESTADO DE SALUD: ítem 20.

Dónde: $X=2,77$ $DS=1,38$

$a= 2,73$ $b=3,81$

- Repercusión leve : < 3
- Repercusión moderada : 3-4
- Repercusión elevado : > 4

ANEXO K

DATOS GENERALES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE ASISTEN A UN SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – LIMA – PERÚ 2017

EDAD	N	%
18-32	6	12%
33-46	14	29%
47-60	29	59%
TOTAL	49	100%
SEXO		
FEMENINO	31	63%
MASCULINO	18	37%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	10	20%
SECUNDARIA	16	33%
SUPERIOR	23	47%
LUGAR DE PROCEDENCIA		
COSTA	32	65%
SIERRA	17	35%
NÚMERO DE HIJOS		
Ningún hijo	14	29%
1-3 hijos	20	41%
4-5 hijos	10	20%
6 a más hijos	5	10%
OCUPACIÓN		

ESTUDIANTE	3	6%
AMA DE CASA	26	53%
OBRERO	2	4%
EMPLEADO	11	22%
INDEPENDIENTE	7	14%
PARENTESCO		
MADRE	15	31%
PADRE	7	14%
HERMANA(O)	16	33%
ESPOSA(O)	6	12%
HIJA(O)	5	10%
DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
EDAD		
MENOR DE 20 AÑOS	5	10%
20-34 AÑOS	12	24%
35-59 AÑOS	30	61%
60 A MÁS AÑOS	2	4%
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
MENOR DE 1 AÑO	3	6%
DE 1-10 AÑOS	10	20%
DE 11-19 AÑOS	17	35%
DE 20 A MÁS	19	39%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.

ANEXO L

**NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN HOGARES CON PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE
ASISTEN A UN SERVICIO DEL SEGURO DE SALUD.
LIMA – PERÚ
2017**

NIVEL DE REPERCUSION FAMILIAR	CUIDADORES	
	N	%
LEVE	11	22
MODERADA	27	56%
ELEVADA	11	22%
TOTAL	49	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.

ANEXO M

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR ACERCA DE LAS DIMENSIONES EN HOGARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN A UN SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD LIMA-PERÚ 2017.

REPERCUSIÓN FAMILIAR	ÁREA SOCIO ECONOMICA		ÁREA SOCIO PSICOLÓGICA		ÁREA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		ÁREA DE ESTADO DE SALUD	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LEVE	7	14%	10	20%	10	20%	14	29%
MODERADO	33	68%	30	62%	30	62%	27	55%
ELEVADO	9	18%	9	18%	9	18%	8	16%
TOTAL	49	100%	49	100%	49	100%	49	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.

ANEXO N

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN LA DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA POR ÍTEMS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN AL SEGURO SOCIAL DE SALUD LIMA-PERÚ 2017

N°	ÍTEMS	LEVE		MODERADO		ELEVADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	En mi hogar dispongo de un espacio habitacional cómodo y seguro para todos mis familiares.	14	29%	12	24%	23	47%	49	100%
2	Mis recursos económicos disminuyeron cuando mi familiar se enfermó.	11	23%	29	59%	9	18%	49	100%
3	La adquisición de bienes materiales es suficiente en mi hogar	19	39%	17	35%	13	26%	49	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.

ANEXO Ñ

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN LA DIMENSIÓN SOCIO PSICOLÓGICA POR ÍTEMS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN AL SEGURO SOCIAL DE SALUD. LIMA-PERÚ 2017

N°	ÍTEMS	LEVE		MODERADO		ELEVADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
4	Las relaciones con mis vecinos y otros familiares son incómodas.	27	55%	18	37%	4	8%	49	100%
5	Los miembros de mi familia se integran a la vida laboral o escolar con normalidad.	26	53%	15	31%	8	16%	49	100%
6	Los hábitos y costumbres familiares han cambiado desde que enfermó mi familiar.	9	18%	37	76%	3	6%	49	100%
7	El tiempo que dedico a las tareas del hogar es corto.	28	57%	15	31%	6	12%	49	100%
8	El tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia disminuyó.	9	18%	29	60%	11	22%	49	100%
9	La participación en actividades sociales y recreativas aumentó cuando enfermó mi familiar.	21	43%	21	43%	7	14%	49	100%
10	Mis planes y proyectos familiares disminuyeron.	11	22%	28	57%	10	21%	49	100%
11	La organización y el control de la vida familiar es respetada por todos los miembros de la familia.	28	57%	15	31%	6	12%	49	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.

ANEXO O

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN LA DIMENSIÓN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR ÍTEMS SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN AL SEGURO SOCIAL DE SALUD. LIMA-PERÚ 2017.

N°	ÍTEMS	LEVE		MODERADO		ELEVADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
12	Me desagrada conversar de manera clara y directa los problemas familiares.	19	39%	25	51%	5	10%	49	100%
13	Los miembros de mi familia asumen sus responsabilidades y funciones dentro del hogar	40	82%	9	18%	0	0%	49	100%
14	Las relaciones afectivas con el resto de mi familia son conflictivas.	18	37%	25	51%	6	12%	49	100%
15	La relación afectiva entre los miembros de la pareja es excelente.	28	57%	8	16%	13	27%	49	100%
16	Se brinda poco cuidado y atención hacia los demás miembros de la familia.	10	21%	35	71%	4	8%	49	100%
17	La toma de decisiones de manera conjunta en la familia es adecuada.	28	57%	13	27%	8	16%	49	100%
18	La participación de todos los miembros en la solución de los problemas	11	23%	32	65%	6	12%	49	100%
19	Existe una correspondencia entre los intereses individuales y familiares en mi hogar.	21	43%	22	45%	6	12%	49	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.

ANEXO P

NIVEL DE REPERCUSIÓN FAMILIAR EN LA DIMENSIÓN ESTADO DE SALUD POR ÍTEM SEGÚN OPINIÓN DE LOS CUIDADORES QUE ASISTEN AL SEGURO SOCIAL DE SALUD. LIMA-PERÚ 2017

ÍTEM	El estado de salud de los miembros de la familia empeoró cuando mi familiar enfermó.	
LEVE	N	14
	%	29%
MODERADO	N	27
	%	55%
ELEVADO	N	8
	%	16%
TOTAL	N	49
	%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a cuidadores en los consultorios externos del servicio de psiquiatría HNGAI – 2017.